



Journey

Conditions Spéciales

Applicables aux Plans : Basic, Extensive, Advanced et Premium

Table des matières

1. Couverture d'assurance	3
1.1 Étendue de la couverture	3
1.2 Éligibilité	3
1.3 Conditions Préexistantes	3
1.4 Clause moratoire	4
1.5 Délai de Carence	4
2. Etendue géographique	5
2.1 Zone Géographique	5
2.2 Couverture temporaire pour la Zone Géographique I.	5
2.3 Prestations doublées pour la Zone Géographique I.	5
3. Etendue des Prestations	6
3.1 Informations générales	6
3.2 Événement assuré	6
3.3 Franchises, Co-Paiement et plafond des reste à charge	6
3.4 Critères d'éligibilité aux Prestations	7
3.5 Plafond Annuel Global	7
3.6 Étendue des Prestations : Prestations hospitalières	8
3.7 Étendue des Prestations : Prestations ambulatoires	10
3.8 Étendue des Prestations : Prestations liées à la santé mentale et au bien-être	12
3.9 Étendue des Prestations : Prestations liées à la maternité	13
3.10 Étendue des Prestations : Prestation d'aides visuelles et dentaires	14
3.11 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance médicale	16
3.12 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance additionnelles	17
3.13 Description des Prestations	18
Prestations hospitalières	18
Prestations ambulatoires	21
Prestations liées à la santé mentale et au bien-être	24
Prestations liées à la maternité	25
Aides visuelles et Prestations dentaires	26
Prestations d'assistance médicale	29
Prestations d'assistance additionnelle	31
4. Plan	33
5. Exclusions	34
6. Glossaire	39

1. Couverture d'assurance

Conditions Spéciales – Base contractuelle

1.1 Étendue de la couverture

Les termes en majuscules dans le présent document, sauf définition contraire explicite, ont la signification qui leur est donnée dans les Glossaires figurant dans les Conditions Spéciales et les Conditions Générales d'Assurance.

En cas de divergence entre les Conditions Générales d'Assurance, les Conditions Spéciales et les Conditions Particulières, les Conditions Particulières prévaudront sur les Conditions Spéciales et les Conditions Générales d'Assurance, et les Conditions Spéciales d'assurance prévaudront sur les Conditions Générales d'Assurance. La version anglaise de tous les documents et supports pertinents prévaudra sur toute autre langue ou traduction.

L'Assureur offre une couverture pour les Maladies, les Blessures Corporelles et autres événements donnant lieu à des événements assurés, tels que décrits dans la Police d'Assurance.

En cas de survenance d'un événement assuré, l'Assureur rembourse les frais liés aux Traitements Médicalement Nécessaires et aux autres Prestations convenues, sous réserve des conditions énoncées dans la Police d'Assurance et des dispositions légales.

En vertu des présentes Conditions Spéciales et dans les limites spécifiées, l'Assureur couvre les frais médicaux de chacune des Personnes Assurées identifiées dans la Police d'Assurance.

Les Traitements effectués à l'étranger sont exclus des Prestations s'ils constituent la seule raison ou l'une des raisons du voyage à l'étranger.

1.2 Eligibilité

La Police d'Assurance est destinée aux personnes expatriées. Toute personne séjournant à l'étranger pendant au moins 3 (trois) mois est éligible à la couverture d'assurance, sauf accord contraire de l'Assureur. Si la Personne Assurée décide de retourner dans son Pays d'Origine et d'y établir sa résidence, la continuité de sa Police d'Assurance peut être maintenue avec l'accord de l'Assureur.

En cas de changement de résidence, l'Assureur évaluera chaque cas individuellement afin de déterminer s'il convient d'émettre, de modifier ou de résilier la couverture d'assurance.

Le Preneur d'Assurance est tenu de veiller au respect des lois et réglementations locales en matière de sécurité sociale pour l'ensemble des Personnes Assurées couvertes par la Police d'Assurance. L'Assureur se réserve le droit de résilier l'intégralité de la Police d'Assurance ou la couverture d'assurance de certaines Personnes Assurées en cas de modifications légales dans un pays qui entraîneraient une violation des lois ou réglementations.

1.3 Conditions Préexistantes

Les Conditions Préexistantes sont exclues de la couverture d'assurance et leur statut est régi par la clause de moratoire. Toutefois, dans le formulaire d'adhésion, le Preneur d'Assurance peut choisir d'inclure les Conditions Préexistantes sur la base d'une évaluation du risque médical et sous réserve, selon le cas, de Délai de Carence.

Afin de permettre à l'Assureur de décider s'il convient d'inclure les Conditions Préexistantes dès le début de la Police d'Assurance, il est essentiel de fournir des réponses exactes et complètes aux questions figurant sur le Formulaire d'Adhésion.

La Personne Assurée doit remplir avec précision le questionnaire médical, au mieux de ses connaissances, et, si nécessaire, transmettre ses dossiers médicaux à l'Assureur. Dans certains cas, le demandeur peut également être soumis à un examen médical. Sur la base des informations fournies dans le questionnaire médical et de l'évaluation complète des risques effectuée par l'Assureur, des ajustements à la Police d'Assurance peuvent être nécessaires. Cela peut entraîner la modification des Conditions Générales, l'introduction de nouvelles conditions, l'application d'une prime supplémentaire ou majorée, l'ajout d'une exclusion ou, dans certains cas, le rejet de la demande d'adhésion Police d'Assurance pour la Personne Assurée concernée. Toute Maladie survenant entre la date de signature du Formulaire d'Adhésion et la date signature des Conditions Particulières sera considérée comme une Condition Préexistante.

1.4 Clause moratoire

Les Personnes Assurées âgées de 55 (cinquante-cinq) ans ou moins qui choisissent de ne pas se soumettre à l'examen médical et à l'évaluation complète des risques décrits à l'article 1.3 des Conditions Spéciales afin d'inclure les Conditions Préexistantes dans la couverture prévue par la Police d'Assurance, peuvent, avec l'accord de l'Assureur, opter pour un « moratoire ».

Si une Personne Assurée, éligible à un moratoire conformément au paragraphe précédent, choisit le moratoire afin d'inclure les Conditions Préexistantes dans la Police d'Assurance, les conditions suivantes s'appliquent :

- i. La couverture de toute Affection Médicale dont la Personne Assurée souffrait au cours des 5 (cinq) années précédant le début de la Police d'Assurance ne sera effective qu'après un Délai de Carence continue de 2 (deux) ans à compter de la date de début de la Police d'Assurance.
- ii. Au cours de cette période de 2 (deux) ans, la Personne Assurée ne doit présenter aucun signe ou symptôme, ne doit pas prendre de Médicaments, ne doit pas consulter de Médecin et ne doit pas recevoir de Traitement pour la Condition Préexistante.
- iii. Si la Personne Assurée présente des symptômes ou reçoit un Traitement pendant cette période, un nouveau Délai de Carence de 2 (deux) ans commencera à partir de cette date. La Personne Assurée doit rester sans symptômes et sans Traitement pendant cette nouvelle période.
- iv. De plus, la condition doit être réversible pour être couverte. Si elle n'est pas réversible, elle ne sera pas couverte du tout.

Les nouvelles Affections Médicales sans rapport avec celles déjà existantes seront couvertes immédiatement, sous réserve des Conditions Générales de la Police d'Assurance et des Délais de Carence éventuels.

1.5 Délai de Carence

Les Délais de Carence commencent à la date d'entrée en vigueur, comme indiqué dans les Conditions Spéciales.

Les Délais de Carence s'appliquent aux soins de maternité et à l'accouchement, incluant les complications liées à la maternité et à l'accouchement, aux Traitements psychiatriques, à la psychothérapie, à la mastectomie prophylactique, aux Traitements de l'infertilité et aux soins dentaires majeurs :

- Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique aux Traitements psychiatriques, à la psychothérapie et aux soins dentaires majeurs.
- Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique aux soins de maternité et à l'accouchement, incluant les complications liées aux soins de maternité et à l'accouchement, quel que soit le nombre de Personnes Assurées.
- Un Délai de Carence de 24 (vingt-quatre) mois s'applique à la chirurgie prophylactique de mastectomie.
- Un Délai de Carence de 24 (vingt-quatre) mois s'applique au Traitement de l'infertilité pour toutes les Personnes Assurées.

Symboles utilisés

- ✓ Assuré, c'est-à-dire que l'Assureur prend en charge tout ou partie des frais admissibles, sauf indication contraire dans les documents/la description des Prestations.
- ✗ Le remboursement est exclu du champ d'application des garanties.

2. Etendue géographique

2.1 Zone Géographique

La couverture d'assurance s'applique aux événements assurés survenant dans les zones suivantes, telles que choisies par le Preneur d'Assurance dans le Formulaire de Souscription :

Zone Géographique I : le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique,

Zone Géographique II : le monde entier à l'exclusion des États-Unis d'Amérique.

2.2 Couverture temporaire pour la Zone Géographique I

Si l'Assureur a accepté de fournir une couverture d'assurance dans le cadre de la Police d'Assurance pour la Zone Géographique II : le monde entier à l'exclusion des États-Unis d'Amérique, et que la Personne Assurée réside temporairement aux États-Unis d'Amérique, l'Assureur maintiendra la couverture pour les Urgences médicales, les Accidents et le décès survenant dans la Zone Géographique I : monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique, pour une durée maximale de 6 (six) semaines par voyage.

Si un événement assuré survient au cours de cette période de 6 (six) semaines et que la Personne Assurée a besoin d'un Traitement d'Urgence aux États-Unis d'Amérique, aucune limite spécifique de durée ne s'applique pour le Traitement lui-même. Toutefois, en cas d'Urgence médicale, l'Assureur peut transférer la Personne Assurée vers un autre pays pour y être traitée si cela est jugé médicalement approprié et faisable.

La couverture d'assurance prévue par la Police d'Assurance ne s'étend pas aux voyages entrepris uniquement dans le but d'obtenir un Traitement dans la Zone Géographique I.

Si une Personne Assurée déménage dans une Zone Géographique différente de celle convenue dans la Police d'Assurance quelle que soit la durée, ce déménagement doit être immédiatement signalé à l'Assureur, et ce changement aura une incidence sur la prime due et les Prestations accordées au titre de la Police d'Assurance.

2.3 Prestations doublées pour la Zone Géographique I

Si la Personne Assurée est couverte dans la Zone Géographique I : le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique, l'Assureur double les plafonds et les sommes forfaitaires indiqués aux points 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9 et 3.10 (que le Traitement ait lieu aux États-Unis d'Amérique ou non). Si une Prestation est limitée à un certain nombre de jours ou de séances, cette limite ne changera pas. Si l'Assureur a accepté une Franchise et/ou un Co-Paiement, un Plafond De Reste À Charge, cela ne changera pas.

3. Etendue des Prestations

3.1 Informations générales

Le niveau de couverture, tel que sélectionné par le Preneur d'Assurance dans le Formulaire de Souscription est défini par la nature et l'étendue des Prestations énoncées dans les Conditions Spéciales. Selon le Plan sélectionné, l'Assureur rembourse les Frais Éligibles jusqu'à concurrence du Plafond Annuel Global spécifié dans l'étendue des Prestations, sauf indication contraire expresse dans les Conditions Générales d'Assurance.

3.2 Événement assuré

Un événement assuré est caractérisé par le Traitement Médicalement Nécessaire requis pour une Maladie, un Accident ou d'autres événements spécifiés dans les conditions Spéciales (voir 3.5 à 3.12 – étendue des Prestations).

Le début de l'événement assuré est marqué par le Début du Traitement formalisé par la prescription d'un Médecin et prend fin lorsque les résultats médicaux indiquent qu'un Traitement supplémentaire n'est plus Médicalement Nécessaire. Si la Personne Assurée a besoin d'un Traitement pour une Maladie, un Accident ou tout autre événement détaillé dans les Conditions Spéciales (voir 3.5 à 3.12 – étendue des Prestations) sans rapport avec l'événement assuré initial, celui-ci sera traité comme un nouvel événement assuré distinct.

3.3 Franchises, Co-Paiement et plafond des reste à charge

La Franchise représente le montant que la Personne Assurée doit payer et conserver à sa charge pour couvrir les frais de Traitement jusqu'à ce que la Franchise pour l'Année d'Assurance soit atteinte. Le Co-Paiement est le pourcentage des frais de Traitement que la Personne Assurée doit prendre en charge. Le Plafond De Reste À Charge est le montant maximal du Co-Paiement que la Personne Assurée doit payer par Année d'Assurance.

L'Assureur a fixé les Franchises suivantes :

Plan Basic :
Non applicable

Plan Extensive :
0 EUR, 250 EUR, 500 EUR et 1 000 EUR /
0 USD, 325 USD, 650 USD, 1 300 USD /
0 GBP, 210 GBP, 420 GBP, 840 GBP /
0 CHF, 232,50 CHF, 465 CHF, 930 CHF

Plan Advanced et Premium :
0 EUR, 250 EUR, 500 EUR, 1 000 EUR, 3 000 EUR,
5 000 EUR et 7 000 EUR /
0 USD, 325 USD, 650 USD, 1 300 USD, 3 900 USD,
6 500 USD et 9 100 USD /
0 GBP, 210 GBP, 420 GBP, 840 GBP, 2 520 GBP,
4 200 GBP et 5 880 GBP /
0 CHF, 232,50 CHF, 465 CHF, 930 CHF, 2 790 CHF,
4 650 CHF et 6 510 CHF

L'Assureur a établi les Co-Paiements suivants :

Plan Basic :
Fixé à 20 %

Plan Extensive :
0 %, 10 % ou 20 % avec un Plafond De Reste À Charge
de : 1 500 EUR / 1 950 USD / 1 260 GBP / 1 395 CHF

Plan Advanced et Premium :
0 %, 10 % ou 20 % avec un Plafond De Reste À Charge
de 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF

Les Franchises et les Co-Paiements s'appliquent sur la base de l'Année d'Assurance pour chaque Personne Assurée, en particulier pour les frais liés à tous les Traitements Ambulatoires, incluant les Prestations ambulatoires, les Traitements ambulatoires liés à la santé mentale et au bien-être, et les Traitements ambulatoires liés à la maternité. Si une Franchise et/ou un Co-Paiement ont été convenus, l'Assureur rembourse les Frais Éligibles, au-delà de la Franchise et/ou du Co-Paiement, dans la limite du Plafond Annuel Global et le cas échéant du Plafond Maximal Pour Les Soins Ambulatoires.

Les frais sont imputés à l'Année d'Assurance au cours de laquelle le Médecin ou le Thérapeute a été consulté et au cours de laquelle les Médicaments, les

Pansements et les aides et appareils thérapeutiques ont été fournis.

3.4 Critères d'éligibilité aux Prestations

Les Personnes Assurées ont la possibilité de choisir tout Médecin, Dentiste ou Thérapeute agréé dans le pays où ils ont besoin de soins médicaux ou dentaires, et ce choix s'étend à d'autres professionnels de santé.

L'Assureur rembourse uniquement les frais relatifs aux Traitements médicaux ou dentaires Médicalement Nécessaires dans le cadre de la pratique médicale ou dentaire. Le remboursement de ces Traitements et services dispensés par d'autres Thérapeutes est soumis à des honoraires standards, conformes aux tarifs Habituels Et Raisonables. Ces honoraires correspondent aux frais liés à des services médicaux ou dentaires approuvés et couverts, sans excéder les honoraires standard pratiqués par des prestataires de même niveau dans la même Zone Géographique pour un Traitement comparable d'une Maladie et/ou une blessure.

De plus, l'Assureur peut rembourser les frais dépassant les honoraires maximaux basés sur les tarifs Standards, Habituels Et Raisonables lorsqu'ils résultent de complications liées à la Maladie ou aux résultats médicaux, à condition que ces frais soient déterminés de manière raisonnable.

Pour les services fournis par d'autres Thérapeutes, tels que les masseurs, les sage-femmes ou les professionnels de santé de Médecine complémentaire (lorsqu'il n'existe pas de tarifs Standards, Habituels Et Raisonables distincts dans le pays dans lequel le Traitement est dispensé), le remboursement sera basé sur les honoraires comparables des Médecins et les prix habituels dans le pays où le Traitement est dispensé.

La couverture comprend les matériaux dentaires et les travaux de laboratoire sur la base des prix moyens pratiqués dans le pays où le Traitement est dispensé. **Les actes dentaires tels que les prothèses dentaires, Implants, chirurgie dentaire et Traitements orthodontiques, même lorsqu'ils sont effectués par un Médecin en milieu hospitalier, ne sont pas considérés comme faisant partie des Traitements hospitaliers ou ambulatoires.**

En vertu de la Police d'Assurance, l'Assureur rembourse les frais liés aux examens, aux méthodes de Traitement et aux Médicaments largement reconnus en Médecine Conventionnelle.

De plus, les coûts des méthodes et Médicaments éprouvés dans la pratique ou utilisés en raison de l'indisponibilité de la Médecine Conventionnelle sont éligibles au remboursement. Toutefois, les Prestations peuvent être limitées à des montants équivalents à ceux qui auraient été payés si la Médecine Conventionnelle avait été accessible.

3.5 Plafond Annuel Global

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations				
Plafond Annuel Global	1 500 000 EUR / 1 950 000 USD / 1 260 000 GBP / 1 395 000 CHF	3 000 000 EUR / 3 900 000 USD / 2 520 000 GBP / 2 790 000 CHF	Illimité	Illimité

3.6 Étendue des Prestations : Prestations hospitalières

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations hospitalières				
Hébergement en chambre privée ou semi-privée	✓	✓	✓	✓
Consultations et services de diagnostic, incluant pathologie, radiologie, Tomodensitométrie (TDM), Imagerie Par Résonance Magnétique (IRM), Tomographie Par Émission De Positons (TEP) et Médecine Palliative	✓	✓	✓	✓
Frais hospitaliers, incluant le blocs opératoire, l'anesthésie, l'unité de soins intensifs et le laboratoire	✓	✓	✓	✓
Chirurgie et anesthésie	✓	✓	✓	✓
Intervention Chirurgicale ambulatoire remplaçant un Traitement hospitalier	✓	✓	✓	✓
Médicaments et Pansements	✓	✓	✓	✓
Physiothérapie, incluant les massages	✓	✓	✓	✓
Thérapies, incluant ergothérapie, luminothérapie, Hydrothérapie, inhalation, enveloppements, bains médicaux, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie	✓	✓	✓	✓
Aides et appareils thérapeutiques	Uniquement lorsqu'il s'agit d'une Urgence vitale de la Personne Assurée ; par exemple, le stimulateur cardiaque	Uniquement lorsqu'il s'agit d'une Urgence vitale de la Personne Assurée ; par exemple, le stimulateur cardiaque	Uniquement lorsqu'il s'agit d'une Urgence vitale de la Personne Assurée ; par exemple, le stimulateur cardiaque. Les aides et appareils thérapeutiques non vitaux tels que les membres artificiels et prothèses sont pris en charge jusqu'à 2 000 EUR / 2 600 USD / 1 680 GBP / 1 860 CHF	✓
Maladies Congénitales	✓ Jusqu'à un maximum de 100 000 EUR / 130 000 USD / 84 000 GBP / 93 000 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance	✓ Jusqu'à un maximum de 100 000 EUR / 130 000 USD / 84 000 GBP / 93 000 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 EUR / 195 000 USD / 126 000 GBP / 139 500 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance	✓ Jusqu'à un maximum de 200 000 EUR / 260 000 USD / 168 000 GBP / 186 000 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance
Traitement du Cancer, Médicaments et Traitements Oncologiques, Incluant la Chirurgie Reconstructive Pour le Cancer du Sein	✓	✓	✓	✓

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations hospitalières				
Chirurgie de Mastectomie Prophylactique	✗	✗	✗	✓ 50 % Jusqu'à 10 000 EUR / 13 000 USD / 8 400 GBP / 9 300 CHF ; Délai de Carence de 24 (vingt- quatre) mois
Dialyse	✗	✓ Jusqu'à un maximum de 1 000 000 EUR / 1 300 000 USD / 840 000 GBP / 930 000 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance	✓ Jusqu'à un maximum de 1 500 000 EUR / 1 950 000 USD / 1 260 000 GBP / 1 395 000 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance	✓ Jusqu'à un maximum de 2 000 000 EUR / 2 600 000 USD / 1 680 000 GBP / 1 860 000 CHF pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance
Transplantation de Moelle Osseuse et d'Organe Dans le Cadre d'un Traitement Hospitalier (frais liés au donneur et au receveur)	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 EUR / 195 000 USD / 126 000 GBP / 139 500 CHF pour toute la durée du contrat	✓ Jusqu'à un maximum de 150 000 EUR / 195 000 USD / 126 000 GBP / 139 500 CHF pour toute la durée du contrat	✓ Jusqu'à un maximum de 250 000 EUR / 325 000 USD / 210 000 GBP / 232 500 CHF pour toute la durée du contrat	✓
Hébergement d'un Parent Lors de l'Hospitalisation d'un Enfant Assuré Mineur	✓	✓	✓	✓
Soins Infirmiers à Domicile Remplaçant une Hospitalisation	✗	✓ Jusqu'à 30 (trente) jours sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 60 (soixante) jours sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 90 (quatre- vingts-dix) jours sous réserve d'accord préalable
Indemnité Journalière Hospitalière Compensatoire	✓ 50 EUR / 65 USD / 42 GBP / 46,50 CHF par jour	✓ 75 EUR / 97,50 USD / 63 GBP / 69,75 CHF par jour	✓ 150 EUR / 195 USD / 126 GBP / 139,50 CHF par jour	✓ 200 EUR / 260 USD / 168 GBP / 186 CHF par jour
Rééducation De Suivi à l'Hôpital	✓ Jusqu'à 14 (quatorze) jours sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 21 (vingt-et- un) jours sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 28 (vingt-huit) jours sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 35 (trente- cinq) jours sous réserve d'accord préalable
Unités de soins palliatifs	✗	✓ Jusqu'à 5 (cinq) semaines	✓ Jusqu'à 7 (sept) semaines	✓ Jusqu'à 9 (neuf) semaines
Soins De Jour	✓	✓	✓	✓
Transport vers l'Hôpital approprié le plus proche pour un premier Traitement après un Accident ou une Urgence	✓	✓	✓	✓
Traitements dentaires à l'Hôpital	✗	✗	✓	✓
Urgences dentaires à l'Hôpital	✗	✓	✓	✓

Les plafonds spécifiés (montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

3.7 Étendue des Prestations : Prestations ambulatoires

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations ambulatoires				
Plafond maximum pour les Traitements Ambulatoires	2 000 EUR / 2 600 USD / 1 680 GBP / 1 860 CHF	12 000 EUR / 15 600 USD / 10 080 GBP / 11 160 CHF	Illimité	Illimité
Consultations et services de diagnostic, incluant pathologie, radiologie, Tomodensitométrie (TDM), Imagerie Par Résonance Magnétique (IRM), Tomographie Par Émission De Positons (TEP) et Médecine Palliative	✓ 80 %*	✓ Plafond maximum applicable aux Traitements Ambulatoires	✓	✓
Chirurgie ambulatoire	✗	✓ Plafond maximum applicable aux Traitements Ambulatoires	✓	✓
Chimiothérapie, Médicaments et Traitements oncologiques (par exemple pour les patients atteints d'un Cancer)	✓	✓	✓	✓
Acupuncture (technique des aiguilles), Homéopathie, Ostéopathie, Médecine traditionnelle chinoise et Chiropraxie, incluant les Médicaments et les Pansements	✗	✓ Jusqu'à 750 EUR* / 975 USD* / 630 GBP* / 697,50 CHF*	✓ Jusqu'à 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	✓ Jusqu'à 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF
Orthophonie	✗	✗	✓ Jusqu'à 20 (vingt) séances, sous réserve d'accord préalable	✓ Sous réserve d'accord préalable
Médicaments et Pansements	✓ 80 %*	✓ Plafond maximum applicable aux Traitements Ambulatoires	✓	✓
Médicaments en vente libre	✗	✓ Jusqu'à 50 EUR* / 65 USD* / 42 GBP* / 46,50 CHF*	✓ Jusqu'à 75 EUR / 97,50 USD / 63 GBP / 69,75 CHF	✓ Jusqu'à 100 EUR / 130 USD / 84 GBP / 93 CHF
Physiothérapie, incluant les massages	✗	✓ Jusqu'à 15 (quinze) séances (dont 5 (cinq) séances non prescrites)*	✓ Jusqu'à 20 (vingt) séances (dont 5 (cinq) séances non prescrites)	✓ (dont 5 (cinq) séances non prescrites)
Thérapies, incluant ergothérapie, luminothérapie, Hydrothérapie, inhalation, enveloppements, bains médicaux, cryothérapie, thermothérapie, électrothérapie	✗	✗	✓ Jusqu'à 10 (dix) séances	✓

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations ambulatoires				
Aides et appareils thérapeutiques	✗	✓ Jusqu'à 1 000 EUR* / 1 300 USD* / 840 GBP* / 930 CHF*	✓ Jusqu'à 2 000 EUR / 2 600 USD / 1 680 GBP / 1 860 CHF	✓
Perruques et soutien-gorge prothétiques après un Traitement contre le Cancer	✗	✓ Jusqu'à 300 EUR* / 390 USD* / 252 GBP* / 279 CHF*	✓ Jusqu'à 300 EUR / 390 USD / 252 GBP / 279 CHF	✓ Jusqu'à 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF
Podologie	✗	✗	✓ Jusqu'à 100 EUR / 130 USD / 84 GBP / 93 CHF	✓ Jusqu'à 200 EUR / 260 USD / 168 GBP / 186 CHF
Transport vers le Médecin ou l'Hôpital le plus proche pour un premier Traitement après un Accident ou une Urgence	✓	✓	✓	✓
Traitement de l'infertilité	✗	✗	✗	✓ 50 % jusqu'à 10 000 EUR / 13 000 USD / 8 400 GBP / 9 300 CHF par couple assuré, sous réserve d'accord préalable, pour toute la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance ; Délai de Carence de 24 (vingt- quatre) mois

Les plafonds spécifiés (Montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

*Plafond maximum pour les Traitements Ambulatoires

3.8 Étendue des Prestations : Prestations liées à la santé mentale et au bien-être

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations liées à la santé mentale et au bien-être				
Traitements hospitaliers				
Traitement psychiatrique	✗	✓ Jusqu'à 30 (trente) jours, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 40 (quarante) jours, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 60 (soixante) jours, sous réserve d'accord préalable
Psychothérapie hospitalière	✗	✗	✓ Jusqu'à 20 (vingt) séances, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 20 (vingt) séances, sous réserve d'accord préalable
Traitements Ambulatoires				
Traitement psychiatrique	✗	✓ Jusqu'à 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 10 000 EUR / 13 000 USD / 8 400 GBP / 9 300 CHF, sous réserve d'accord préalable
Psychothérapie ambulatoire	✗	✗	✓ Jusqu'à 10 (dix) séances, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 20 (vingt) séances, sous réserve d'accord préalable
Examens de santé de routine ou tests de dépistage effectués en l'absence de symptômes cliniques	✗	✓ Jusqu'à 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF	✓ Jusqu'à 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF	✓ Jusqu'à 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF
Vaccinations et immunisation Vaccinations de toute nature, incluant les vaccins et les Mesures Prophylactiques, dans la mesure où celles-ci sont recommandées dans le Pays de Résidence concerné	✗	✗	✓ Jusqu'à 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / 465 CHF	✓
Consultation nutritionnelle	✗	✗	✗	✓ Jusqu'à 400 EUR / 520 USD / 336 GBP / 372 CHF

Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique aux Traitements psychiatriques et à la psychothérapie.

Les plafonds spécifiés (montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

3.9 Étendue des Prestations : Prestations liées à la maternité

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations liées à la maternité				
Traitements hospitaliers				
Soins de maternité et accouchement, services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne à l'Hôpital	×	×	✓ Jusqu'à 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF	✓ Jusqu'à 20 000 EUR / USD 26 000 / 16 800 GBP / 18 600 CHF
Complications de la grossesse de l'accouchement	×	×	✓	✓
Soins Infirmiers à domicile après l'accouchement, au lieu d'un séjour hospitalier	×	×	✓ Jusqu'à 5 (cinq) jours, sous réserve d'accord préalable	✓ Jusqu'à 5 (cinq) jours, sous réserve d'accord préalable
Soins du nouveau-né	×	×	✓	✓
Traitements Ambulatoires				
Soins de maternité et accouchement, services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne	×	×	✓ Jusqu'à 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF	✓ Jusqu'à 10 000 EUR / 13 000 USD / 8 400 GBP / 9 300 CHF
Complications de la grossesse de l'accouchement	×	×	✓ Jusqu'à 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF	✓
Indemnité forfaitaire pour un accouchement ambulatoire	×	×	✓ Somme forfaitaire de 250 EUR / 325 USD / 210 GBP / 232,50 CHF par nouveau-né sans justificatif de frais, sur présentation de l'acte de naissance	✓ Somme forfaitaire de 500 EUR / 650 USD / 420 GBP / CHF 465 par nouveau-né sans justificatif de frais, sur présentation de l'acte de naissance

Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique à la grossesse et à l'accouchement.

Les plafonds spécifiés (montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

3.10 Étendue des Prestations : Prestation d'aides visuelles et dentaires

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations d'aides visuelles et dentaires				
Aides visuelles				
Aides visuelles, incluant un examen de la vue	×	×	✓ Jusqu'à 300 EUR / 390 USD / 252 GBP / 279 CHF tous les 2 (deux) ans.	✓ Jusqu'à 750 EUR / 975 USD / 630 GBP / 697,50 CHF tous les 2 (deux) ans.
Soins dentaires				
Plafond pour les soins dentaires	n.a.	250 EUR / 325 USD / 210 GBP/ 232.50 CHF	n.a.	n.a.
Soins dentaires de base				
Examens préventifs destinés à la détection précoce des troubles dentaires, buccaux et maxillaires	×	✓ Jusqu'à 2 (deux) examens par an*	✓ Jusqu'à 2 (deux) examens par an	✓ Jusqu'à 2 (deux) examens par an
Radiographie	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓
Détartrage et polissage	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓
Traitement de la muqueuse buccale et du parodonte	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓
Plombages simples pour carie	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓
Chirurgie, extractions, Traitement radiculaire	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓
Inclusion d'une gouttière occlusale	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓
Traitement dentaire en cas d'Accident	×	Plafond dentaire applicable	✓	✓

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations d'aides visuelles et dentaires				
Soins dentaires majeurs			Les remboursements ci-dessous sont pris en charge dans la limite de 2 000 EUR / 2 600 USD / 1 680 GBP / 1 860 CHF	Les remboursements ci-dessous sont pris en charge dans la limite de 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF
Prothèses dentaires (par exemple, prothèses dentaires, inlays, bridges et couronnes)	×	×	✓	✓
Implants dentaires	×	×	✓	✓
Traitement orthodontique entrepris avant l'âge de 18 ans	×	×	✓	✓
Travaux et matériaux de laboratoire dentaire	×	×	✓	✓
Plan de Traitement	×	×	✓	✓

Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique aux services dentaires majeurs.

Les plafonds spécifiés (montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

*Plafond dentaire maximal applicable

3.11 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance médicale

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations d'assistance médicale				
Service téléphonique et par e-mail disponible 24 heures sur 24 avec des conseillers expérimentés, nos propres Médecins et spécialistes	✓	✓	✓	✓
Évacuation médicale et Rapatriement	✓ sous réserve d'accord préalable	✓ sous réserve d'accord préalable	✓ sous réserve d'accord préalable	✓ sous réserve d'accord préalable
Informations sur les infrastructures médicales (soins médicaux locaux et noms et adresses de Médecins multilingues)	✓	✓	✓	✓
Soutien et informations fournies par notre service médical (Second Avis Médical)	✓	✓	✓	✓
Garantie de Paiement (GOP) (préparation d'un séjour à l'Hôpital)	✓	✓	✓	✓
Rapatriement du corps	✓ Jusqu'à 2 500 EUR / 3 250 USD / 2 100 GBP / 2 325 CHF	✓ Jusqu'à 5 000 EUR / 6 500 USD / 4 200 GBP / 4 650 CHF	✓ Jusqu'à 10 000 EUR / 13 000 USD / 8 400 GBP / 9 300 CHF	✓ Jusqu'à 25 000 EUR / 32 500 USD / 21 000 GBP / 23 250 CHF
Assistance médicale additionnelle appropriée (informations sur la nature, les causes possibles et le Traitement possible d'une Maladie)	✓	✓	✓	✓
Services en ligne	✓	✓	✓	✓

Les plafonds spécifiés (montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

3.12 Étendue des Prestations : Prestations d'assistance additionnelles

	Basic	Extensive	Advanced	Premium
Prestations d'assistance additionnelles				
Visite familiale compassionnelle en cas de circonstances exceptionnelles	✗	✗	✓ Jusqu'à 1 500 EUR / 1 950 USD / 1 260 GBP / 1 395 CHF	✓ Jusqu'à 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF
Retour au Pays de Résidence après Rapatriement	✗	✗	✓ Jusqu'à 1 500 EUR / 1 950 USD / 1 260 GBP / 1 395 CHF	✓ Jusqu'à 3 000 EUR / 3 900 USD / 2 520 GBP / 2 790 CHF
Report de voyage de retour	✗	✗	✓ Jusqu'à 1 000 EUR / 1 300 USD / 840 GBP / 930 CHF	✓ Jusqu'à 2 000 EUR / 2 600 USD / 1 680 GBP / 1 860 CHF
Approvisionnement et acheminement de Médicaments vitaux	✗	✗	✓	✓
Transport de retour ou garde des enfants	✗	✗	✗	✓
Soutiens juridiques	✗	✗	✗	✓
Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger	✗	✗	✓ Aide psychologique et thérapeutique par téléphone ; jusqu'à 3 (trois) appels	✓ Aide psychologique et thérapeutique par téléphone ; jusqu'à 5 (cinq) appels
Télémédecine	✓	✓	✓	✓

Les plafonds spécifiés (montants maximum, durées maximum et indemnités forfaitaires) s'appliquent par Personne Assurée et par année d'assurance.

3.13 Description des Prestations

Remarque : « Veuillez noter que les Prestations décrites à la section 3.13 peuvent varier ou être exclues de la couverture d'assurance, selon le Plan choisi. »

Prestations hospitalières

La Police d'Assurance couvre les Prestations hospitalières décrites ci-dessous :

Hébergement en chambre privée ou semi-privée

La Personne Assurée a la possibilité de choisir l'Hôpital dans lequel elle souhaite recevoir un Traitement médical. Est considéré comme Traitement hospitalier tout Traitement impliquant une hospitalisation d'une durée minimale de 24 (vingt-quatre) heures dans un Hôpital du pays où le Traitement est réalisé.

Lorsque le Traitement est dispensé dans des hôpitaux proposant des Traitements En Sanatorium, la Police d'Assurance couvre exclusivement les Traitements Médicalement Nécessaires répondant aux critères de la Médecine Conventionnelle et, ou Médicalement Nécessaires, sauf si des Traitements alternatifs ont été explicitement approuvés par écrit par l'Assureur avant le Début du Traitement. L'hébergement est limité aux chambres privées ou semi-privées standards, comme spécifié dans l'étendue des Prestations. Une chambre privée standard est définie comme une chambre individuelle basique avec salle de bain ou salle d'eau privée attenante dans un Hôpital. **Sont explicitement exclus les chambres avec des équipements haut de gamme, incluant notamment les chambres de luxe, les chambres exécutives** ou les suites comprenant des équipements tels que des cuisines, des salles à manger ou des salons.

La Police d'Assurance couvre l'intégralité du Traitement hospitalier sans limite de durée spécifique. Cependant, il est impératif de contacter et d'informer l'Assureur ou le Centre de Service concernant le séjour à l'Hôpital et le Traitement avant ou dans les 3 (trois) jours calendaires suivant l'admission à l'Hôpital. Assureur défaut, l'Assureur se réserve le droit ne pas couvrir intégralement la demande de remboursement.

Consultations et services de diagnostic, incluant pathologie, radiologie, Tomodensitométrie, IRM, TEP et Médecine Palliative

La Police d'Assurance couvre tous les frais liés au Traitement hospitalier Médicalement Nécessaire, incluant les examens, diagnostics et thérapies, ainsi que les frais relatifs à la pathologie, la radiologie, la Tomodensitométrie (CT), l'Imagerie Par Résonance Magnétique (IRM), la Tomographie Par Émission De Positons (TEP) et la Médecine Palliative.

Frais hospitaliers, incluant le bloc opératoire, l'anesthésie, l'unité de soins intensifs et le laboratoire

Les frais hospitaliers comprennent les coûts supplémentaires liés à l'utilisation d'installations spécialisées telles que le bloc opératoire, l'unité de soins intensifs et le laboratoire.

Chirurgie et anesthésie

L'Assureur rembourse les frais engagés pour les services Médicalement Nécessaires dans ce contexte, tels que les services médicaux, l'anesthésie et l'utilisation d'installations spécialisées, s'ils sont prescrits par un Médecin spécialiste.

Chirurgie ambulatoire remplaçant un Traitement en milieu hospitalier

Il s'agit d'une chirurgie élective généralement pratiquée dans un cabinet médical ou à l'Hôpital, sans nécessité de nuitée à l'Hôpital. **Toutefois, sont exclues les interventions chirurgicales de grade 1 ou mineures (procédures invasives limitées à la résection de la peau, des muqueuses et des tissus conjonctifs) ainsi que les procédures chirurgicales invasives visant à obtenir des échantillons de tissus ou des fluides corporels, telles que les biopsies et les coloscopies.**

Médicaments et Pansements

Pour être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments doivent être prescrits par un Médecin hospitalier ou un Dentiste dans le cadre d'un Traitement hospitalier. De plus, les Médicaments doivent être délivrés par une pharmacie, une pharmacie hospitalière ou tout autre dispensaire officiellement agréé par les autorités compétentes.

Les aliments nutritionnels, les suppléments alimentaires, les eaux minérales, les cosmétiques, les produits d'hygiène personnelle, ainsi que les sels de bain, ne sont pas considérés comme des Médicaments éligibles à la couverture de la Police d'Assurance dans le cadre d'un Traitement médical.

Physiothérapie, incluant les massages

Pour être couverts par la Police d'Assurance, la physiothérapie et les massages doivent être prescrits par un Médecin hospitalier, comme partie intégrante du Traitement hospitalier. De plus, ils doivent être administrés par un Médecin ou un Thérapeute qualifié et certifié. La prescription doit être fournie avant le Début du Traitement et doit préciser le diagnostic ainsi que le type et le nombre de séances requises.

Thérapies, incluant l'ergothérapie, la luminothérapie, l'Hydrothérapie, l'inhalation, les enveloppements, les bains médicaux, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie

Pour être couvertes par la Police d'Assurance, les thérapies médico-physiques doivent être prescrites par un Médecin hospitalier dans le cadre d'un Traitement hospitalier. De plus, ces thérapies doivent être administrées par un Médecin ou un Thérapeute qualifié et certifié. La prescription doit être fournie avant le Début du Traitement et doit préciser diagnostic, le type spécifique et le nombre de séances requises.

Aides et appareils thérapeutiques dans le cadre d'un Traitement hospitalier

La Police d'Assurance couvre les frais relatifs aux aides et appareils thérapeutiques conçus pour sauver la vie ou pour traiter ou compenser directement un handicap physique, tels que les stimulateurs cardiaques et les membres artificiels et prothèses (à l'exception des prothèses dentaires).

Ces aides doivent être ajustées ou adaptées pendant le séjour hospitalier et doivent rester dans ou sur le corps de la Personne Assurée.

De plus, l'Assureur rembourse les frais de réparation des aides et appareils thérapeutiques dans les conditions spécifiées pendant la Période De Validité De La Police d'Assurance.

Maladies Congénitales

L'Assureur rembourse les frais liés aux affections Congénitales. De plus, l'Assureur couvre les complications liées à la procréation assistée, incluant l'accouchement, les naissances prématurées ou multiples.

Traitement du Cancer, Médicaments et Traitements Oncologiques, Incluant la Chirurgie Reconstructive Pour le Cancer du Sein

Dans le cadre des soins hospitaliers, la Police d'Assurance couvre les Frais Éligibles liés au Traitement médical du Cancer et à ses conséquences directes, incluant les tests diagnostiques, la radiothérapie, la chimiothérapie, les Médicaments et les frais hospitaliers liés au Traitement hospitalier. De plus, la chirurgie reconstructive pour le Cancer du sein est couverte.

Chirurgie de Mastectomie Prophylactique

Une mastectomie prophylactique consiste en l'ablation chirurgicale d'un ou des deux seins afin de réduire le risque de développer un Cancer du sein.

L'Assureur ne rembourse que les frais liés à la chirurgie préventive visant à réduire le risque de Cancer du sein. Un Délai de Carence de 24 (vingt-quatre) mois s'applique.

Dialyse

L'Assureur rembourse les Frais Éligibles liés à la Dialyse, incluant les Médicaments essentiels et tous les coûts associés. Ces Frais Éligibles sont couverts dans le cadre d'un Traitement hospitalier, d'un Traitement Ambulatoire et de Soins De Jour. Cette couverture s'étend pour toute la durée du contrat, comme indiqué dans l'étendue des Prestations.

Transplantation de Moelle Osseuse et d'Organe Dans le Cadre d'un Traitement Hospitalier (frais liés au donneur et au receveur)

En cas de greffe de moelle osseuse ou d'organe (tel que le cœur, les reins, le foie ou le pancréas), la Police d'Assurance couvre les frais médicaux engagés par une Personne Assurée jouant le double rôle de receveur et de donneur. Cette couverture s'étend pour toute

la durée de l'adhésion à la Police d'Assurance, comme indiqué dans l'étendue des Prestations.

Les Frais Éligibles comprennent les coûts liés à l'obtention d'un organe auprès d'un donneur, les frais de transport de l'organe jusqu'au lieu où se trouve le receveur et les frais hospitaliers éventuels du donneur. **Toutefois, ils ne comprennent pas les frais liés à la recherche d'un organe ou d'un donneur compatible.**

Hébergement d'un Parent Lors de l'Hospitalisation d'un Enfant Assuré Mineur

La Police d'Assurance couvre les frais supplémentaires d'hébergement d'un parent accompagnant un enfant Assuré hospitalisé de moins de 18 (dix-huit) ans.

Soins Infirmiers à Domicile Remplaçant une Hospitalisation

La Police d'Assurance couvre les Soins Infirmiers Médicalement Nécessaires dispensés à domicile par du personnel infirmier qualifié. Cette option sert d'alternative à une hospitalisation sur recommandation médicale ou vise à raccourcir la durée de l'hospitalisation. Les Soins Infirmiers à domicile sont applicables en conjonction avec un Traitement médical et sont remboursables, sous réserve de l'accord préalable de l'Assureur avant le Début du Traitement.

Indemnité Journalière Hospitalière Compensatoire

Dans les cas où la Personne Assurée renonce à demander le remboursement auprès de l'Assureur d'un Traitement hospitalier couvert, la Police d'Assurance prévoit le versement d'une Indemnité Journalière Hospitalière Compensatoire pour chaque jour d'hospitalisation prescrit. Le montant dépend du niveau de couverture et est soumis au plafond assuré tel que défini dans l'étendue des Prestations.

Rééducation en lien direct et suite à une hospitalisation

L'Assureur rembourse les frais liés à la rééducation essentielle à la poursuite d'un Traitement hospitalier Médicalement Nécessaire. Cela s'applique notamment aux cas tels que les pontages coronariens, les infarctus du myocarde, les transplantations et les interventions chirurgicales impliquant des os ou des articulations importants, sous réserve de l'accord

préalable de l'Assureur avant le Début du Traitement. La Rééducation De Suivi doit commencer dans les 2 (deux) semaines suivant la sortie de l'Hôpital. **La Police d'Assurance ne couvre pas les frais liés aux Traitements En Sanatorium, aux cures, aux séjours dans des établissements de cure, aux spas, aux maisons de convalescence ou aux maisons de retraite médicalisées.**

Unité De Soins Palliatifs

L'Assureur rembourse les frais liés à l'hébergement, aux Soins Infirmiers et à l'assistance si les soins ambulatoires à domicile ou au domicile d'un membre de la famille ne sont pas possibles. Ce remboursement est conditionné au respect de critères spécifiques par l'Unité De Soins Palliatifs, notamment la collaboration avec du personnel infirmier expérimenté et des Médecins spécialisés en Médecine Palliative. De plus, l'Unité De Soins Palliatifs doit fonctionner sous la supervision professionnelle d'un infirmier ou d'une autre personne dûment qualifiée ayant plusieurs années d'expérience en Médecine Palliative ou des qualifications pertinentes, ainsi que d'une qualification en encadrement ou en gestion de Soins Infirmiers. L'Assureur couvre les frais d'hébergement, de Soins Infirmiers et d'assistance en fonction de l'état de santé du patient.

L'Assureur fournit des Prestations exclusivement pour les Soins Palliatifs à temps plein ou à temps partiel en milieu hospitalier si la Personne Assurée est atteinte d'une Maladie évolutive, a atteint un stade avancé, est incurable et nécessite des Soins Palliatifs en milieu hospitalier, et a une espérance de vie de quelques semaines ou quelques mois.

L'Assureur étend les Prestations de Soins Palliatifs à diverses Maladies, incluant, mais sans s'y limiter :

- Cancer à un stade avancé,
- SIDA infectieux à un stade avancé,
- les troubles du système nerveux conduisant à une paralysie progressive irréversible,
- les stades terminaux de Maladies chroniques rénales, hépatiques, cardiaques, digestives ou pulmonaires.

Soins De Jour

La Police d'Assurance couvre les Traitements reçus à l'Hôpital qui ne nécessitent pas de nuitée. Elle couvre également les Traitements hospitaliers partiels impliquant une visite dans une clinique de jour ou de nuit ou à l'Hôpital où le patient est présent pendant la journée ou la nuit, mais où une hospitalisation complète (24 heures) n'est plus Médicalement Nécessaire.

Dans les deux cas, la durée du séjour hospitalier varie de 8 (huit) à 24 (vingt-quatre) heures et ne doit pas dépasser la limite de 24 (vingt-quatre) heures.

Transport vers l'Hôpital approprié le plus proche pour un premier Traitement après un Accident ou une Urgence

L'Assureur couvre les frais Standards, Habituels Et Raisonables liés au transport vers l'Hôpital ou l'établissement médical approprié le plus proche. Sauf accord contraire, les services de transport doivent être assurés par un prestataire dûment agréé.

Soins dentaires hospitaliers

L'Assureur couvre les frais liés aux interventions chirurgicales buccales complexes lorsqu'elles présentent un risque supérieur à la moyenne de complications pouvant mettre la vie en danger. Il s'agit par exemple des malformations Congénitales de la mâchoire (par exemple, fente palatine), des fractures de la mâchoire et des tumeurs.

Soins dentaires d'Urgence

Les soins dentaires d'Urgence en milieu hospitalier s'appliquent en cas d'un Accident grave nécessitant une hospitalisation, comme la reconstruction de la mâchoire à la suite d'une blessure Accident elle. Ces Traitements doivent être dispensés dans les 24 (vingt-quatre) heures suivant l'Accident. **Cette garantie ne couvre pas les Traitements dentaires ultérieurs, la chirurgie dentaire, les prothèses ou Implants dentaires, l'orthodontie ou la parodontologie.** Le Médecin traitant doit confirmer explicitement que le Traitement dentaire hospitalier résulte d'un Accident grave, qui doit être attesté par un rapport médical ou un rapport de police correspondant.

Prestations ambulatoires

La Police d'Assurance couvre les Prestations suivantes en rapport avec les Traitements Ambulatoires :

Plafond Maximal Pour Les Traitements Ambulatoires

Les Prestations pour les Traitements Ambulatoires ne doivent pas dépasser le Plafond Maximal Pour Les Traitements Ambulatoires, sauf indication contraire dans l'étendue des Prestations.

Consultations et services de diagnostic, incluant la pathologie, la radiologie, la Tomodensitométrie, l'IRM, la TEP et la Médecine Palliative

La Police d'Assurance couvre les frais engagés pour les Traitements Ambulatoires, incluant les examens, les diagnostics et les thérapies.

Les Prestations offertes comprennent le remboursement d'une gamme de services, incluant, mais sans s'y limiter la pathologie, la radiologie, la Tomodensitométrie (CT), l'Imagerie Par Résonance Magnétique (IRM), la Tomographie Par Émission De Positons (TEP) et la Médecine Palliative.

Chirurgie ambulatoire

La Police d'Assurance couvre les interventions chirurgicales pouvant être réalisées par un Médecin ou dans un milieu hospitalier, ne nécessitant ni hospitalisation avec nuitée ni hospitalisation ultérieure.

Traitement du Cancer, Médicaments et Traitements Oncologiques

La Police d'Assurance couvre les Traitements Médicalement Nécessaires et éligibles pour l'examen, le diagnostic et le Traitement dans le cadre d'un Traitement Ambulatoire du Cancer et de ses conséquences directes, incluant la chimiothérapie et autres procédures oncologiques.

Acupuncture, Homéopathie, Ostéopathie, Chiropraxie et Médecine traditionnelle chinoise

La Police d'Assurance couvre les frais liés à l'Acupuncture, l'Homéopathie, l'Ostéopathie, la Chiropraxie et la Médecine traditionnelle chinoise uniquement si ces Traitements sont administrés par des

Médecins ou d'autres professionnels de santé pouvant justifier d'une formation certifiée et appropriée dans le pays où a lieu le Traitement, et s'ils sont dûment agréés ou autorisés à fournir de tels Traitements. De plus, les Médicaments et les Pansements prescrits par les Médecins ou professionnels de santé traitants au cours du Traitement concerné sont également inclus dans la couverture de la Police d'Assurance.

Orthophonie

Pour les troubles de la parole et de la voix, l'Assureur remboursera les Frais Éligibles pour les exercices et les thérapies prescrits par un Médecin dans le but de traiter ces troubles, à condition que ces interventions soient effectuées par un Médecin ou un orthophoniste. La couverture est applicable dans le cadre de la Police d'Assurance, sous réserve de l'obtention d'une autorisation écrite préalable de l'Assureur avant le Début du Traitement.

Médicaments et Pansements

Pour être couverts par la Police d'Assurance, les Médicaments et Pansements doivent être prescrits par un Médecin, un Professionnel De Santé, un Dentiste ou une personne autorisée à le faire sous leur supervision. Ces Médicaments et Pansements doivent être obtenus auprès d'une pharmacie ou d'un fournisseur officiellement agréé.

Les articles tels que les aliments nutritionnels, les toniques, l'eau minérale, les cosmétiques, les produits d'hygiène personnelle et les sels de bain ne sont pas considérés comme des Médicaments. Par conséquent, ils ne répondent pas aux critères de Traitement couverts par la Police d'Assurance.

Médicaments en vente libre – OTC

Les Médicaments en vente libre (OTC) peuvent être achetés sans prescription médicale et sont généralement utilisés pour soulager les symptômes de Maladies courantes qui ne nécessitent pas de consultation médicale pour la Personne Assurée.

La Police d'Assurance couvre les frais liés à ces Médicaments en vente libre, jusqu'à concurrence du montant maximal assuré spécifié dans l'étendue des garanties pour chaque Année d'Assurance.

Physiothérapie, incluant les massages

La Police d'Assurance couvre les services physio-médicaux, incluant la physiothérapie et la thérapie par l'exercice, ainsi que les massages, qui sont accessibles sur prescription médicale et qui sont administrés par un Médecin ou un Thérapeute qualifié et certifié. La prescription médicale doit être fournie avant le Début du Traitement et doit préciser le diagnostic, ainsi que le type et le nombre de séances nécessaires.

Thérapies, incluant l'ergothérapie, la luminothérapie, l'Hydrothérapie, l'inhalation, les enveloppements, les bains médicaux, la cryothérapie, la thermothérapie, l'électrothérapie

La Police d'Assurance couvre les services physio-médicaux tels que l'ergothérapie, la luminothérapie, l'Hydrothérapie, les inhalations, les enveloppements, les bains médicaux, les Traitements par le froid et/ou la chaleur, l'électrothérapie et la kinésithérapie, à condition qu'ils soient administrés par un Médecin ou un Thérapeute certifié et qu'ils aient été prescrits par le Médecin dans le cadre d'un Traitement Ambulatoire. La prescription doit être délivrée avant le Début du Traitement et doit préciser le diagnostic, ainsi que le type et le nombre de séances nécessaires.

Aides et appareils thérapeutiques associés à un Traitement Ambulatoire

La Police d'Assurance couvre les aides et appareils thérapeutiques à condition qu'ils aient été prescrits par un Médecin. Les Frais Éligibles comprennent les coûts liés aux membres et organes artificiels, ainsi qu'aux aides orthopédiques et autres aides thérapeutiques conçues pour prévenir ou atténuer les handicaps physiques.

Dans le cadre d'un Traitement Ambulatoire, les aides et appareils thérapeutiques comprennent les bandages, les bandages herniaires, les semelles orthopédiques, les aides à la marche, les appareils auditifs, les bas de contention, les attelles correctrices, les membres artificiels et les prothèses (**à l'exception des prothèses dentaires**), les coques en plâtre pour la position allongée et assise, et les appareils orthopédiques pour les bras, les jambes et le corps entier.

Les perruques et les soutiens-gorge prothétiques pour les femmes suivant un Traitement contre le

Cancer sont remboursables dans le cadre de la Police d'Assurance, le montant dépendant du niveau de couverture et étant soumis au montant maximal assuré indiqué dans la liste des garanties. Tous les autres appareils et aides thérapeutiques nécessitent l'accord écrit préalable de l'Assureur pour être éligibles.

Les frais d'entretien raisonnables, tels que l'entretien annuel ou le remplacement des piles, ainsi que les réparations des aides et appareils thérapeutiques sont remboursables dans le cadre de ces dispositions.

Toutefois, les frais liés aux fournitures sanitaires, telles que les serviettes hygiéniques et les appareils de massage, ainsi que leur utilisation et leur entretien, ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Podologie

L'Assureur couvrira les Frais Éligibles pour les Traitements de podologie Médicalement Nécessaires. Pour être éligibles, ces services doivent être prescrits par un Médecin et la prescription doit être délivrée avant le Début du Traitement. Elle doit clairement préciser le diagnostic, la nature de l'affection et le nombre de séances requises.

Transport vers le Médecin ou l'Hôpital approprié le plus proche pour un premier Traitement à la suite d'un Accident ou d'une Urgence.

L'Assureur remboursera les frais Standards, Habituels Et Raisonnables liés au transport d'Urgence vers le Médecin, l'Hôpital ou l'établissement approprié le plus proche à la suite d'un Accident ou d'une Urgence. Sauf accord contraire, la Prestation des services doit être assurée par un prestataire dûment agréé.

Traitement de l'infertilité

Dans le cadre des Prestations définies et sous réserve d'un accord écrit préalable, l'Assureur rembourse les frais liés à divers diagnostics et Traitements Standards, Habituels Et Raisonnables visant à améliorer la fertilité. Cette couverture comprend les mesures de prévention des fausses couches, les investigations en cas de fausse couche ainsi que les techniques de procréation assistée, incluant les complications associées. Les frais couverts comprennent :

- les examens diagnostiques, consultations, tests et procédures invasives telles que

l'hystérosalpingographie, la laparoscopie ou l'hystérocopie,

- les analyses de laboratoire,
- les Traitements Médicamenteux prescrits (incluant la stimulation de l'ovulation),
- Fécondation in vitro (FIV),
- L'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI),
- L'insémination artificielle (IA).

De plus, l'Assureur rembourse les Prestations uniquement si :

- la femme est âgée de moins de 40 (quarante) ans et l'homme de moins de 50 (cinquante) ans au moment du Traitement, plus précisément le premier jour de stimulation de chaque cycle de Traitement ou le premier jour du cycle en cas d'insémination sans stimulation hormonale.
- une évaluation médicale a confirmé une probabilité de succès significative supérieure à 15 % pour la méthode choisie.
- la stérilité de la Personne Assurée est due à des causes organiques et ne peut être surmontée qu'au moyen d'une aide à la procréation ; et
- l'homme et la femme bénéficiant du Traitement sont tous les deux assurés et éligibles au Traitement selon le niveau de couverture choisi.

Un Délai de Carence de 24 (vingt-quatre) mois s'applique.

Prestations liées à la santé mentale et au bien-être

Traitements hospitaliers

Traitement psychiatrique

La Police d'Assurance couvre les services psychiatriques dans le cadre d'un Traitement médical hospitalier, sous réserve de l'accord écrit de l'Assureur avant le Début du Traitement. Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique.

Psychothérapie hospitalière

La Police d'Assurance couvre les frais de psychothérapie dans le cadre d'un Traitement hospitalier, à condition que le Traitement soit administré par un psychiatre, un psychothérapeute ou un Médecin ayant suivi une formation spécialisée en psychiatrie, psychothérapie ou en psychanalyse. Pour que la psychothérapie en milieu hospitalier soit couverte, l'accord écrit préalable de l'Assureur est requis avant le Début du Traitement. Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique.

Traitement Ambulatoire

Traitement psychiatrique

L'Assureur rembourse les frais de Traitement psychiatrique ambulatoire uniquement si un accord écrit préalable a été accordé pour couvrir ces frais avant le Début du Traitement. Le Traitement psychiatrique est dispensé par des psychiatres, Médecins spécialisés en santé mentale, disposant des compétences et de l'expertise nécessaires pour diagnostiquer et traiter les problèmes mentaux et physiques associés aux troubles psychologiques. Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique.

Psychothérapie ambulatoire

L'Assureur rembourse les frais de psychothérapie ambulatoire si le Traitement est dispensé par un psychiatre, un psychothérapeute ou un Médecin ayant suivi une formation complémentaire dans les domaines spécialisés de la psychiatrie, de la psychothérapie ou de la psychanalyse. La psychothérapie est une méthode de Traitement collaborative et interactive, axée sur le dialogue et reposant sur la relation entre un individu et un psychologue. La couverture est

applicable dans le cadre de la Police d'Assurance, sous réserve de l'obtention d'un accord écrit préalable de l'Assureur avant le Début du Traitement. Un Délai de Carence de 10 (dix) mois s'applique.

Examens de santé de routine ou tests de dépistage effectués en l'absence de symptômes cliniques

La Police d'Assurance couvre les examens de santé de routine comprenant des examens ou des tests de dépistage effectués en l'absence de symptômes cliniques. Ces tests sont effectués en fonction de l'âge afin de détecter des anomalies ou des Maladies, et comprennent les examens suivants :

- Signes vitaux (pression artérielle, pouls, respiration, température),
- Profil lipidique,
- Examen cardiovasculaire,
- Examen neurologique,
- Dépistage du Cancer,
- Examen pédiatrique,
- Test de dépistage du diabète,
- Dépistage du VIH et du SIDA,
- Dépistage gynécologique.

Vaccinations et immunisation

L'Assureur rembourse les frais liés aux vaccinations et aux Mesures Prophylactiques recommandées pour le Pays de Résidence de la Personne Assurée. Cette couverture inclut à la fois les frais de consultation pour l'administration du vaccin et le coût du vaccin lui-même.

Consultations nutritionnelles

La Police d'Assurance couvre les Frais Éligibles liés aux consultations externes avec un nutritionniste, remboursables dès lors qu'un diagnostic médical confirme la nécessité de conseils nutritionnels pour traiter le problème de santé identifié. Ces affections comprennent le Cancer, les troubles alimentaires, les Maladies gastro-intestinales, les Maladies cardiaques et les intolérances ou allergies alimentaires.

Pour être éligibles à la couverture, ces services doivent être prescrits par un Médecin et la prescription doit être délivrée avant le Début du Traitement. La prescription doit clairement préciser le diagnostic, la nature de l'affection et le nombre de séances requises.

Prestations liées à la maternité

Traitements hospitaliers

Soins de maternité et accouchement, services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne dans un Hôpital

L'Assureur rembourse les Frais Éligibles liés à l'accouchement, à la grossesse ou aux Maladies liées à la grossesse, engagés dans un Hôpital, une maternité ou un établissement similaire. Cela comprend les frais de Soins Infirmiers à domicile rendus nécessaires par la grossesse ou des Maladies associées, ainsi que les services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne.

La prise en charge des services d'une sage-femme lors de l'accouchement ne s'applique qu'aux accouchements assistés par une sage-femme. **Les honoraires des Médecins ne sont pas couverts, sauf en cas de nécessité médicale due à des complications lors de l'accouchement.** Les Soins Infirmiers à domicile prescrits par un Médecin sont couverts après l'accouchement à l'Hôpital suivant la sortie de l'Hôpital dans un délai de 24 (vingt-quatre) heures. L'Assureur rembourse ces frais jusqu'à 5 (cinq) jours consécutifs après l'accouchement.

Pour les césariennes non Médicalement Nécessaires, le remboursement est basé sur le montant d'un accouchement naturel éligible dans le même Hôpital, dans la limite du plafond prévu dans l'étendue des Prestations pour le Plan sélectionné. Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique.

Complications liées à la grossesse et à l'accouchement

L'Assureur rembourse les Frais Éligibles engagés en cas de naissance prématurée, fausse couche, avortement Médicalement Nécessaire, enfant mort-né, grossesse extra-utérine, môle hydatiforme, césarienne, hémorragie post-partum, rétention de la membrane placentaire ainsi que les complications résultant de l'une de ces conditions. Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique.

Soins du nouveau-né

La Police d'Assurance du nouveau-né couvre le Traitement des Affections Médicales courantes et aiguës survenant dans les 30 (trente) premiers jours suivant la naissance. Ces Traitements sont couverts exclusivement au titre de la « Prestation nouveau-né » et ne peuvent donner lieu à remboursement dans aucune autre catégorie de Prestation prévue par la Police d'Assurance. Les nouveau-nés doivent être inscrits en tant que Personnes Assurées dans le cadre de la Police d'Assurance pour pouvoir bénéficier de la garantie.

Les Affections Médicales de nature congénitale, ainsi que les complications résultant d'une conception assistée ou à l'accouchement, incluant, mais sans s'y limiter, les naissances prématurées ou multiples, sont couvertes par la Prestation « Maladies Congénitales » de la Police d'Assurance du nouveau-né.

Traitement Ambulatoire

Soins de maternité et accouchement, services d'une sage-femme ou d'une infirmière obstétricienne

L'Assureur rembourse les Frais Éligibles liés à la grossesse ou aux Maladies associées, incluant les échographies et les tests de maternité de routine standard. La couverture s'étend à tous les examens diagnostiques Médicalement Nécessaires, incluant l'amniocentèse et le prélèvement des villosités chorales (CVS), **à l'exclusion du NIPT et d'autres formes de tests génétiques.**

Dans les pays où les soins prénataux de routine sont généralement dispensés par une sage-femme agréée, les services de sage-femmes sont remboursables. Le remboursement des frais d'examen et de Traitement réalisés par une sage-femme n'est applicable que si aucun frais pour les mêmes services n'a été facturé par un Médecin.

De plus, l'Assureur couvre jusqu'à 12 (douze) visites postnatales à domicile par une sage-femme et par grossesse. **Toutefois, les services d'une accompagnante périnatale, ainsi que les cours prénataux et postnataux, ne sont pas remboursables.** Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique.

Complications liées à la grossesse et à l'accouchement

L'Assureur rembourse les Frais Éligibles engagés en cas de naissance prématurée, fausse couche, avortement Médicalement Nécessaire, enfant mort-né, grossesse extra-utérine, môle hydatiforme, césarienne, hémorragie post-partum, rétention de la membrane placentaire ainsi que les complications découlant de l'une de ces conditions. Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique.

Indemnité forfaitaire pour un accouchement ambulatoire

L'accouchement ambulatoire se définit par un accouchement à domicile ou par une sortie de l'Hôpital, de la maternité ou d'un établissement similaire dans les 24 (vingt-quatre) heures suivant l'accouchement. L'Assureur verse une indemnité forfaitaire par nouveau-né sur présentation d'un certificat de naissance et, le cas échéant, d'un certificat délivré par le prestataire médical confirmant la durée du séjour. Un Délai de Carence de 12 (douze) mois s'applique.

Aides visuelles et Prestations dentaires

Aides visuelles, incluant un examen de la vue

L'Assureur prend en charge les frais relatifs aux lunettes, montures et verres, y compris les lentilles de contact ou les lunettes de soleil équipées de verres correcteurs, ainsi qu'un examen de la vue par Année d'Assurance. En cas de modification de l'acuité visuelle de la Personne Assurée d'au moins 0,5 dioptrie au cours de l'Année d'Assurance, un nouveau droit aux Prestations sera accordé en fonction de ce changement.

Soins dentaires

Plafond pour les soins dentaires

Les Prestations pour les Traitements dentaires ne peuvent dépasser le plafond pour les soins dentaires, sauf indication contraire dans l'étendue des Prestations.

Soins dentaires de base

La Police d'Assurance couvre les Prestations suivantes :

Examens préventifs

La Police d'Assurance couvre les examens préventifs de routine pour la détection précoce des troubles dentaires, buccaux et maxillaires.

Soins dentaires généraux, notamment :

- Examen radiographique,
- Anesthésie locale intra-orale dans le cadre de services dentaires de base.

Soins prophylactiques, incluant :

- Détartrage et polissage,
- Nettoyage professionnel des dents,
- Évaluation de l'état d'hygiène bucco-dentaire,
- Fluoration locale pour les mineurs,
- Scellement des fissures dentaires exemptes de caries chez les mineurs.

Soins conservateurs, incluant :

- Obturations simples liées à des caries,
- Traitement du canal associé à une obturation simple.

Soins chirurgicaux, incluant :

- Extraction de dents,
- Retrait d'une dent profondément fracturée ou présentant une destruction importante,
- Hémisection ou extraction partielle,
- Retrait d'une dent retenue, incluse ou mal alignée par ostéotomie,
- Réimplantation d'une dent, avec fixation simple,
- Excision de la muqueuse ou du tissu de granulation,
- Résection d'une pointe radiculaire/amputation radiculaire et kystectomie.

Les Prestations fournies pour le Traitement des Maladies de la muqueuse buccale et du parodonte comprennent :

- Préparation et documentation de l'état du parodonte,
- Traitement local des Maladies de la muqueuse buccale,
- Chirurgie parodontale (en particulier élimination des concrétions sous-gingivales et lissage radiculaire) par procédure fermée ; la profondeur de la poche doit être supérieure à 3 (trois) millimètres,
- Chirurgie par lambeau, curetage ouvert, incluant ostéoplastie ; la profondeur de la poche doit être supérieure à 5 (cinq) millimètres et la procédure fermée doit déjà avoir été effectuée auparavant.

Insertion de gouttières occlusales, incluant :

- Inclusion d'une gouttière occlusale sans ajustement de la surface,
- Inclusion d'une gouttière occlusale avec ajustement de surface,
- Contrôle d'une gouttière occlusale ou ajustements de surface, par exemple mesures additives ou soustractives.

Analyse fonctionnelle et thérapie fonctionnelle, incluant :

- Analyse fonctionnelle clinique, avec documentation,
- Enregistrement de la position centrale articulaire de la mandibule, incluant l'enregistrement des broches d'appui (création d'un arc facial et coordination d'un arc facial avec un articulateur).

Soins dentaires majeurs

L'Assureur rembourse les frais de Traitement dentaire majeur en ambulatoire uniquement si un accord écrit préalable a été donné pour couvrir ces frais avant le Début du Traitement.

Les frais de soins dentaires majeurs couverts par la Police d'Assurance sont les suivants :

Prestations prothétiques, incluant :

- Empreinte ou empreinte partielle d'une mâchoire pour un modèle de situation, incluant une évaluation diagnostique ou de planification,
- Préparation d'un plan de Traitement et des devis pour le Traitement prothétique,
- Préparation d'une dent détruite avec matériaux d'augmentation en plastique et broche pour recevoir une couronne,
- Inlay/Onlay,
- Fixation adhésive (reconstitution en résine composite, tenon, inlay, couronne, couronne partielle),
- Restauration d'une dent par couronne totale ou partielle,
- Pose d'une couronne préfabriquée chez l'enfant,
- Couronnes et bridges provisoires,
- Restauration d'une arcade partiellement édentée par bridge ou prothèse,
- Couronne et prothèse télescopiques,
- Restauration d'une mâchoire édentée par prothèse totale.

Prestations d'implantologie, incluant :

- Analyse liée à l'Implant,
- Utilisation d'une gouttière d'orientation ou de positionnement,
- Pose d'Implants ; limité à 4 (quatre) Implants par mâchoire et prothèses dentaires de soutien,
- Mise à nu de l'Implant,
- Insertion de matériau d'augmentation (os et/ou substitut osseux),
- Élévation du plancher sinusien.

Les Traitements pré et post-opératoires, tels que les Traitements dentaires associés aux prothèses dentaires, sont remboursés en tant que frais dans le cadre de leur prescription ou de leur réalisation.

Traitement orthodontique entrepris avant l'âge de 18 (dix-huit) ans

La Police d'Assurance couvre les Traitements orthodontiques pour un enfant, entrepris avant l'âge de 18 (dix-huit) ans. Elle inclut l'utilisation d'appareils dentaires métalliques, de dispositifs de contention et d'un plan de Traitement prescrit. L'évaluation de la nécessité médicale de ce Traitement repose sur l'évaluation de l'indice de besoins de Traitement orthodontique (IOTN) par l'Assureur, en référence aux normes de la British Orthodontic Society.

Toutefois, l'Assureur ne couvre pas les frais ou soins supplémentaires, incluant les appareils spécialisés tels que les appareils linguaux ou les aligneurs transparents tels que Invisalign.

Plan de Traitement

Avant de commencer le Traitement, le Médecin ou le Dentiste doit fournir un plan de Traitement accompagnés des coûts associés, en particulier si des prothèses dentaires, des mesures de réhabilitation importantes ou un Traitement orthodontique sont prévus. La Personne Assurée sera ensuite informée par l'Assureur du montant du remboursement de ces frais.

Traitement dentaire en cas d'Accident

Les Prestations complètes sont accordées jusqu'à concurrence du plafond global si la Personne Assurée nécessite un Traitement dentaire en raison d'une blessure Accident elle des dents résultant d'un choc externe direct sur la tête. Les Prestations sont accordées dans la limite du plafond global, si la Personne Assurée requiert un Traitement dentaire consécutif à une lésion des dents consécutive à un Accident, résultant d'un impact externe direct porté à la tête, tel qu'une chute ou tout autre Accident causant une blessure par une force externe. **Les blessures causées par le fait de manger, de boire ou toute blessure résultant du fait de mordre, mâcher, serrer ou grincer des dents ne sont pas couvertes par ce type de garantie.** La facture du Dentiste doit confirmer explicitement que le Traitement est la conséquence d'un Accident. De plus, une preuve de l'Accident, étayée par un rapport médical ou un rapport de police, est nécessaire.

Aucun Délai de Carence ne s'applique.

Exclusions dentaires

Les Prestations dentaires suivantes ne sont pas couvertes par la Police d'Assurance :

- **Fluoration de la surface dentaire et scellement des sillons chez l'adulte,**
- **Facettes, y compris les couronnes partielles des dents de devant,**
- **Blanchiment ou tout autre service à visée cosmétique et esthétique,**
- **Sédation/anesthésie,**
- **Mesures ayant pour objectif le soulagement de la douleur et de l'anxiété, telles que l'Acupuncture, l'hypnose, l'anesthésie générale, la sédation au gaz hilarant, l'anesthésie par sédation consciente.**

A titre de clarification, les Prestations suivantes sont couvertes :

- **Prise en charge des frais pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 (douze) ans en cas de diagnostic de trouble anxieux par un spécialiste qualifié,**
- **Également, en cas d'échec de l'anesthésie locale,**
- **Lorsque le Traitement sous anesthésie locale est jugé impossible en raison d'un handicap psychologique et physique grave du patient.**

Prestations d'assistance médicale

Les Personnes Assurées peuvent bénéficier des services proposés par les Centres de Services conformément au niveau de Plan choisi dès qu'un événement assuré ou une Urgence survient.

Le réseau de services et d'assistance de l'Assureur, composé de partenaires compétents et expérimentés sur le terrain, offre aux Personnes Assurées un accompagnement global, complet et qualifié individuel dans le monde entier pour toute situation.

Ce réseau est présent dans plus de 180 (cent-quatre-vingts) pays et garantit un soutien, une fiabilité et un service de qualité.

Ces services sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an. Si la Personne Assurée a besoin d'assistance, il lui suffit d'appeler le numéro indiqué dans les documents d'assurance, à tout moment, de jour comme de nuit.

La Personne Assurée peut faire appel aux services d'assistance correspondant au niveau de Plan choisi dès qu'un événement assuré ou une Urgence survient.

A l'expiration de la couverture prévue par la Police d'Assurance, la Personne Assurée ne pourra plus prétendre à ces services.

Service téléphonique et par e-mail 24 heures sur 24 avec des conseillers, des Médecins et des spécialistes expérimentés

L'assistance médicale est accessible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, soit par e-mail, soit en contactant la ligne d'assistance médicale.

Évacuation médicale et Rapatriement

Ce service comprend un transport d'ambulance Médicalement justifié et Nécessaire, soit dans le Pays de Résidence, soit vers un lieu frontalier lorsque les soins médicaux hospitaliers ou les normes d'hygiène locales de l'Hôpital sont jugés inadéquats. Les frais d'accompagnement Médicalement justifiés et Nécessaires pendant le transport sont également inclus.

L'Assureur prend en charge les frais de transport du patient sous réserve des conditions suivantes :

- L'évacuation ou le Rapatriement doit être prescrit par le Médecin traitant et reconnu comme Médicalement Nécessaire,
- L'Assureur ou le Centre de Service doit donner son accord préalable.

Après consultation de l'Assureur ou du Centre de Service et du Médecin traitant, la Personne Assurée sera transportée (dans la Zone Géographique sélectionnée) vers :

- Un lieu plus approprié pour son Traitement dans un autre pays,
- Le Pays de Résidence de la Personne Assurée si l'événement assuré s'est produit en dehors de ce pays,
- Le Pays De Départ ou le Pays d'Origine de la Personne Assurée.

En cas de nécessité médicale, l'Assureur prend également les dispositions nécessaires à la présence d'un Médecin accompagnant la Personne Assurée durant le voyage. Il est important de noter que l'Assureur ne couvre que le transport vers un lieu jugé approprié pour le Traitement.

Informations sur les infrastructures médicales

En cas d'incident assuré ou d'Urgence, l'Assureur ou le Centre de Services informe la Personne Assurée des soins médicaux disponibles localement. Des informations concernant les Médecins, consultants hospitaliers, hôpitaux et les établissements médicaux spécialisés situés à proximité de la Personne Assurée peuvent être fournies en anglais, allemand, français et espagnol. De plus, des conseils et une assistance peuvent également être proposés pour choisir un lieu de Traitement, en cas de transfert Médicalement Nécessaire ou de changement de prestataire de soins.

Soutien et informations fournies par notre service médical (Second Avis Médical)

La Personne Assurée peut contacter l'Assureur ou le Centre de Services par téléphone chaque fois qu'une assistance médicale locale est nécessaire. À la demande de la Personne Assurée, l'Assureur ou le Centre de Services peut informer les proches de la

Personne Assurée de la survenance d'un événement assuré ou d'une Urgence, à condition que cela soit techniquement possible.

En cas de Maladie potentiellement mortelle ou d'incapacité permanente grave, la Personne Assurée a la possibilité de demander un deuxième avis directement à un autre Médecin ou, si nécessaire, par l'intermédiaire de l'Assureur ou du Centre de Services. L'Assureur ou le Centre de Services aide la Personne Assurée à planifier son admission ou sa sortie de l'Hôpital pour un Traitement hospitalier.

Pour les cas nécessitant un Traitement hospitalier, l'évolution de la Maladie peut être suivie par des Médecins associés à l'Assureur ou au Centre de Services. Ce suivi s'étend également aux Traitements Ambulatoires destinés à éviter une hospitalisation.

Garantie de Paiement – GOP

En cas d'Urgence nécessitant un Traitement hospitalier, la Personne Assurée doit contacter sans délai l'Assureur ou le Centre de Services. S'il s'agit d'un Traitement hospitalier planifié ou d'une intervention chirurgicale pouvant être effectuée en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation, la Personne Assurée doit en informer l'Assureur ou le Centre de Services au moins 7 (sept) jours avant la date prévue d'admission à l'Hôpital. Cette notification est essentielle pour une bonne planification, qu'il s'agisse d'un Traitement hospitalier prévu ou d'un Traitement hospitalier d'Urgence, afin de permettre à l'Assureur ou au Centre de Services d'effectuer les formalités nécessaires et d'assurer la prise en charge des frais des Médecins ou de l'Hôpital.

Ces formalités incluent la vérification des factures afin de s'assurer qu'elles respectent les normes Standards, Habituelles et Raisonables. L'Assureur prend également en charge la coordination avec l'Hôpital pour la transmission et le règlement direct des factures ainsi que des conditions de paiement. Dans ce cas, la Personne Assurée recevra une confirmation écrite ou par e-mail de l'Assureur ou du Centre de Services concernant la procédure.

Le défaut d'information préalable de l'Assureur ou du Centre de Services, ou immédiate en cas d'Urgence, peut entraîner le non-paiement intégral de la demande de remboursement par l'Assureur.

Rapatriement du corps

En cas de décès à l'étranger, l'Assureur ou le Centre de Services peut apporter son assistance :

- Obtention du certificat de décès ou du rapport d'Accident, dans la mesure où la loi le permet.
- Assurer la liaison avec les autorités publiques et les consulats du pays concerné.
- Identifier les proches habilités à prendre les décisions relatives au Rapatriement ou à la crémation du défunt.
- Gestion des formalités relatives au Rapatriement, à la crémation ou aux funérailles locales, conformément à la réglementation du pays concerné.

L'Assureur rembourse :

- Les frais directs engagés pour le Rapatriement du défunt vers le Pays De Départ ou le Pays d'Origine, y compris toutes les formalités associées. Cela couvre également les frais d'un membre de la famille voyageant avec la dépouille mortelle s'il accompagnait la Personne Assurée au moment du décès.
- Les frais liés au Rapatriement de l'urne vers le Pays De Départ ou le Pays d'Origine si le défunt a été incinéré dans le Pays de Résidence. Cela inclut également les frais d'un membre de la famille voyageant avec la dépouille mortelle s'il accompagnait la Personne Assurée au moment du décès.

Toutefois, les frais funéraires en tant que tels ne sont pas remboursables.

Assistance médicale complémentaire adéquate

Qu'un événement assuré survienne ou non, l'Assureur ou le Centre de Services fournit aux Personnes Assurées des informations générales sur la destination, les coutumes locales et les formalités requises. De plus, l'Assureur ou le Centre de Services fournit des informations médicales, notamment des conseils sur les vaccinations et des consultations médicales par téléphone, afin de les aider à préparer leur voyage. De plus, des recommandations seront données concernant le contenu d'une trousse personnelle de premiers secours.

En cas de Sinistre, l'Assureur ou le Centre de Services fournit des informations générales sur la nature, les

causes potentielles et les Traitements disponibles pour la Maladie. Il clarifie la terminologie médicale utilisée et fournit des détails sur les Médicaments, leurs effets secondaires potentiels et leurs interactions.

Pour les cas nécessitant un Traitement Ambulatoire, l'Assureur ou le Centre de Services coordonne et surveille le Traitement et son évolution, facilite les consultations entre Médecins si nécessaire et organise toute aide supplémentaire requise.

Services en ligne

La Personne Assurée bénéficie d'un accès au service en ligne dédié, mis à disposition dans le portail client.

Prestations d'assistance additionnelle

Visite familiale compassionnelle en cas de circonstances exceptionnelles

Les Prestations comprennent les services suivants :

- Si la Personne Assurée est hospitalisée en raison d'une Urgence médicale, que ce soit dans son Pays de Résidence ou lors d'un voyage d'agrément ou d'affaires, l'Assureur ou le Centre de Services organise la visite d'un membre de la famille si le séjour à l'Hôpital dépasse 7 (sept) jours. L'Assureur ou le Centre de Service prendra les dispositions nécessaires pour le voyage aller-retour à l'Hôpital d'un membre de la famille.
- Si une Personne Assurée est contrainte de retourner dans son Pays d'Origine en raison d'une Maladie grave, d'un Accident ou du décès d'un membre de sa famille, l'Assureur ou le Centre de Services rembourse les frais engagés dans la limite des plafonds spécifiés.

Cette couverture, appelée Prestation pour « visite familiale compassionnelle en cas de circonstances exceptionnelles », inclut le remboursement des frais de transport (tels qu'un billet de train en première classe et/ou un billet d'avion en classe économique) pour les membres de la famille se rendant dans le Pays de Résidence de la Personne Assurée, le lieu d'hospitalisation ou le lieu d'inhumation dans leur Pays d'Origine. Les Maladies graves et les Accidents graves sont définis comme des situations présentant un risque vital pour le membre de la famille. Aux fins de cette couverture, les proches sont considérés comme étant le conjoint ou le partenaire non marié, ainsi que les parents et les enfants de la Personne Assurée. Le remboursement des frais de transport de retour en raison d'une Maladie grave ou d'un Accident grave est subordonné à une prise de contact préalable avec l'Assureur ou le Centre de Service. De plus, les frais de transport en raison d'un décès ne sont remboursables que sur présentation du certificat de décès.

Retour dans le Pays de Résidence après Rapatriement

L'Assureur prend en charge les frais de transport (billet de train en première classe, vol en classe économique) dans la limite du plafond spécifié dans l'étendue des Prestations, à condition que la Personne Assurée ait préalablement contacté l'Assureur ou le Centre de Service.

Report de voyage de retour

Si le retour de la Personne Assurée depuis son Pays de Résidence est reporté en raison d'une Urgence médicale le rendant inapte à voyager, l'Assureur prend en charge les frais supplémentaires engagés pour modifier la réservation d'hôtel et de vol, dans la limite du plafond spécifié dans l'étendue des Prestations.

Approvisionnement et acheminement de Médicaments vitaux

Si une Personne Assurée a besoin de Médicaments vitaux non disponibles dans son Pays de Résidence, elle peut solliciter l'Assureur ou le Centre de Services afin de se procurer ces Médicaments légalement approuvés et d'en assurer l'expédition, sous réserve que leur importation soit conforme à la législation en vigueur.

Transport de retour ou garde des enfants

En cas d'Urgence médicale nécessitant que les deux parents soient hospitalisés dans leur Pays de Résidence, l'Assureur fait appel à un service de protection de l'enfance pour prendre en charge les enfants pendant toute la durée de l'hospitalisation. En cas d'Urgence médicale survenant durant un séjour de vacances d'une durée maximale de 6 (six) semaines et entraînant l'hospitalisation des deux parents, la Personne Assurée peut demander le remboursement des frais de transport de retour de l'enfant (âgé de moins de 18 (dix-huit) ans) avec un accompagnateur vers le Pays de Résidence.

Soutien en cas de difficultés juridiques

L'Assureur ou le Centre de Services est en mesure de mettre la Personne Assurée en relation avec des avocats ou des experts dans le monde entier, maîtrisant l'anglais, l'allemand, le français ou l'espagnol. Si nécessaire, le Centre de Services peut faciliter le paiement anticipé des honoraires d'avocat, des frais de justice ou de la caution. Il est important de noter que le paiement anticipé n'est pas directement versé par l'Assureur ou le Centre de Services ; ceux-ci coordonnent les opérations avec les banques ou les proches et assistent au transfert des fonds si nécessaire.

Soutien psychologique suite à des difficultés liées au séjour à l'étranger

Si le séjour à l'étranger entraîne des troubles psychologiques pour la Personne Assurée, l'Assureur ou le Centre de Services lui fournit une assistance psychologique par téléphone et organise également un soutien local approprié si cela est jugé nécessaire.

Télémédecine

L'Assureur offre à toutes les Personnes Assurées l'accès aux services de télémédecine. En collaboration avec un prestataire tiers, l'Assureur propose une application gratuite, disponible sur les plateformes iOS et Android. L'accès est réservé à toutes les Personnes Assurées âgées de 18 (dix-huit) ans et plus, bénéficiant d'une couverture d'assurance en vigueur par la Police d'Assurance et ayant donné leur consentement au Traitement de leurs données personnelles. Des mesures de sécurité strictes sont mises en œuvre pour protéger l'accès et les données, afin de limiter tout risque de violation de la sécurité.

Les services disponibles comprennent des consultations téléphoniques, des consultations vidéo et des services de messagerie instantanée. Ces services sont proposés en anglais, allemand et espagnol et sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

4. Plan

La prime est déterminée après avoir rempli le formulaire d'adhésion, en fonction de facteurs tels que le Pays de Résidence.

1. Changement de la Zone Géographique II vers la Zone Géographique I :

Si le Pays de Résidence est modifié durant le contrat initialement applicable à la Zone Géographique II, et entraîne un passage vers la Zone Géographique I, les primes correspondantes à la Zone Géographique I s'appliquent immédiatement.

2. Changement de la Zone Géographique I vers la Zone Géographique II :

Si le Pays de Résidence est modifié durant le contrat initialement applicable à la Zone Géographique I, et entraîne un passage vers la Zone Géographique II, les primes correspondantes à la Zone Géographique II s'appliqueront à compter de la prochaine Année d'Assurance. Les primes pour la couverture aux États-Unis d'Amérique demeurent exigibles jusqu'à cette date.

En cas de changement de tranche d'âge de la Personne Assurée à la suite de son anniversaire, la prime sera ajustée et s'appliquera pour refléter la nouvelle tranche d'âge lors du prochain renouvellement.

Ces ajustements sont effectués conformément aux dispositions énoncées dans les Conditions Générales d'Assurance et aux réglementations légales applicables.

Le montant spécifique de la prime applicable à la Police d'Assurance est indiqué sur la facture ou dans les Conditions Particulières (le cas échéant).

5. Exclusions

Dans le cadre de la Police d'Assurance, l'Assureur ne couvre pas les frais liés aux Traitements ou Affections Médicales ci-après, sauf s'ils sont explicitement mentionnés dans l'étendue des Prestations ou dans tout autre avenant à la Police d'Assurance.

Maison de repos

La Police d'Assurance exclut la couverture des frais liés au séjour à domicile ou à la réception de soins non médicaux à domicile, dans une maison de convalescence, une maison psychiatrique ou des établissements similaires.

Non-respect des consignes médicales

L'Assureur ne couvre pas les Traitements résultant du fait que la Personne Assurée n'a pas demandé ou suivi un avis médical, ou du fait qu'elle a voyagé contre les recommandations médicales.

Complications liées à une couverture exclue

L'Assureur ne couvre pas les frais résultants de complications directement liées à une Maladie, une blessure ou un Traitement qui sont exclus ou dont la couverture est limitée par la Police d'Assurance.

Chirurgie esthétique/plastique

Les frais engagés pour la chirurgie esthétique ou plastique et les Traitements associés ne sont pas remboursés.

Programmes de désintoxication, et thérapies associées

Les programmes de désintoxication, y compris les Traitements contre la toxicomanie et l'alcoolisme, ne sont pas couverts par la Police d'Assurance. Toutefois, une prise en charge des frais est prévue pour une désintoxication initiale, si la Personne Assurée ne peut obtenir de remboursement ailleurs. Dans le cas d'une désintoxication en milieu hospitalier, l'Assureur ne rembourse que les frais liés aux services hospitaliers de base, incluant les Traitements médicaux et les Médicaments.

Tout Traitement ultérieur résultant de ou directement lié à l'usage nocif, dangereux ou addictif de toute substance, incluant l'alcool et les Médicaments, n'est pas couvert.

Troubles du développement

L'Assureur ne couvre pas les services, thérapies, tests éducatifs ou formations liés à des troubles d'apprentissage ou à des troubles du développement psychologique. Cela inclut des troubles tels que les retards de développement, les difficultés scolaires, les troubles envahissants, le retard mental, les handicaps perceptifs, les lésions cérébrales non consécutives à un Accident ou une Maladie, les dysfonctionnements cérébraux minimes, la dyslexie ou l'apraxie.

Épidémies et pandémies

Les frais liés aux Traitements, évacuations médicales et/ou aux Rapatriements, résultant directement ou indirectement d'épidémies, de pandémies ou d'apparitions de Maladie d'ampleur comparable, une fois celles-ci placées sous contrôle par les autorités sanitaires locales, ne sont pas remboursés, sauf accord écrit contraire de l'Assureur.

Traitements expérimentaux et à des fins de recherche

L'Assureur ne couvre aucun Traitement ou thérapie Médicamenteuse considéré comme expérimental ou réalisé à des fins de recherche. Un service, une technologie, une fourniture, une procédure, un Traitement, un Médicament, un dispositif, une installation, un équipement ou un produit biologique est considéré comme expérimental ou réalisé à des fins de recherche lorsqu'il ne répond pas à toutes les exigences suivantes :

- Il doit disposer d'une licence définitive et d'une autorisation claire délivrée par au moins l'un des organismes suivants : EMA (Agence européenne des Médicaments), FDA (Food and Drug Administration – phase III terminée), Réseau européen pour l'évaluation des technologies de santé (EUnetHTA). Une autorisation provisoire n'est pas suffisante. L'autorisation n'est valable que pour les indications et conditions médicales correspondantes. Dans le cas de procédures et de recommandations cliniques approuvées, cela doit être clairement indiqué dans l'une des directives suivantes : NICE (National Institute for Health and Care Excellence), AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), AHRQ National Guideline

(Agency for Healthcare Research and Quality – National Guideline Clearinghouse).

- Toutes les approbations et directives doivent être concluantes et ne doivent pas indiquer la nécessité de mener des recherches supplémentaires, être soumises à un environnement de recherche, présenter des preuves limitées, insuffisantes ou dépourvues d'utilité clinique.

Extreme sport and high-risk activities

Sports extrêmes et activités à haut risque

Les sports extrêmes et les activités à haut risque ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Les sports extrêmes et les activités sportives à haut risque englobent toute forme de sport ou d'activité athlétique caractérisée par un niveau élevé de danger inhérent.

Cela inclut les activités exigeant une expertise avancée, un effort physique exceptionnel, un équipement spécialisé, la réalisation de cascades audacieuses et les activités pour lesquelles la Personne Assurée a signé une décharge de responsabilité, telles que :

- Descente en rappel, alpinisme (à l'exception de l'escalade en salle et des zones de basse montagne entièrement équipées pour l'escalade sportive) et courses de toute nature,
- Bobsleigh, luge, skeleton, ski hors-piste et snowboard hors-piste,
- Saut à l'élastique et saut de falaise,
- Sports de combat,
- VTT de descente et cyclisme tout-terrain,
- Tourisme extrême (par exemple, voyages en Antarctique),
- Chasse à courre, saut d'obstacles à cheval, polo, courses d'obstacles (course de steeple) ou toute forme de courses hippiques,
- Sports motocyclistes, y compris la conduite de moto et de quad,
- Vol en ULM, en wingsuit, en montgolfière, en deltaplane, en parapente, en parachute ascensionnel et le saut en parachute,
- Spéléologie en solo (spéléologie) ou plongée en grotte, plongée sous-marine à plus de 10 mètres, plongée en hauteur, rafting en eaux vives et canyoning,

- Les ultra-marathons ou activités de nature similaire,
- Toute autre activité dangereuse présentant des risques similaires à ceux mentionnés ci-dessus, telle que le train surfing.

Les services de recherche et de sauvetage liés aux sports extrêmes et aux activités à haut risque, tels que le sauvetage en grotte, en mer et en montagne, sont exclus de la couverture prévue par la Police d'Assurance.

Vision

L'Assureur ne couvre aucun Traitement ou intervention chirurgicale visant à corriger la vue de la Personne Assurée notamment les procédures telles que le Traitement au laser, la kératotomie réfractive (RK) et la kératectomie photoréfractive (PRK). La couverture s'applique à la correction de la vision de la Personne Assurée lorsque celle-ci est Médicalement Nécessaire (par exemple, cataracte ou décollement de la rétine).

Tests génétiques

La Police d'Assurance ne couvre pas les frais liés aux tests génétiques, sauf si des tests génétiques particuliers sont explicitement mentionnés dans le Plan de la Personne Assurée ou si l'Assureur donne expressément son accord écrit préalable.

Les Maladies, les Accidents et leurs conséquences résultant d'un acte intentionnel ou d'une négligence grave

L'Assureur n'accorde aucune couverture pour les Maladies, Accidents et leurs conséquences lorsqu'ils sont causés intentionnellement ou par négligence grave. L'Assureur définit une Maladie ou un Accident comme étant causé intentionnellement ou par négligence grave lorsque la personne concernée avait une compréhension raisonnable des conséquences de ses actes et a volontairement accepté le préjudice qui en résulte. Sont notamment exclus :

- les blessures auto-infligées,
- les tentatives de suicide,

- les séjours dans un établissement pour sevrage de drogue,
- les blessures causées dans le cadre d'actes criminels.

Les blessures causées au cours du service militaire

L'Assureur n'accorde aucune couverture pour les Maladies, Accidents et leurs conséquences survenant alors que la Personne Assurée participe à des opérations militaires, au service militaire, à des émeutes ou à des troubles civils.

Nécessité de soins et de garde de longue durée

L'Assureur ne rembourse aucun frais lié à l'hébergement rendu nécessaire par des soins ou une garde de longue durée.

Frais hospitaliers non médicaux

La Police d'Assurance ne couvre pas les frais occasionnés par toute personne accompagnant la Personne Assurée, ni les consommables non médicaux, la restauration et les frais liés aux médias (tels que la télévision et la radio).

Contamination nucléaire, chimique et biologique

L'Assureur ne couvre pas les Maladies, les Accidents et leurs conséquences causés par le dégagement d'énergie nucléaire (y compris les réactions nucléaires, les radiations et la contamination), ainsi que les Maladies, Accidents et leurs conséquences résultant de l'utilisation d'armes chimiques ou biologiques.

Cours postnataux

L'Assureur ne couvre pas les cours postnataux visant à traiter les effets physiques résultant de la grossesse et de l'accouchement.

Sports Professionnels

L'Assureur ne couvre pas les Traitements ou les procédures diagnostiques liés à des blessures ou des Maladies résultant de la pratique d'un sport professionnel.

Changement de sexe

L'Assureur ne couvre pas les opérations et Traitements, incluant les Traitements hormonaux, liés au changement de sexe.

Troubles du sommeil

L'Assureur ne couvre pas les examens ou Traitements liés aux troubles du sommeil, incluant l'insomnie. Cela inclut les appareils CPAP (appareil à pression positive continue) et BIPAP (appareil à double niveau de pression positive).

Stérilisation, dysfonctionnement sexuel et contraception

L'Assureur ne couvre pas les interventions visant à rendre une personne incapable de procréer, les interventions, Traitements ou Médicaments visant à prévenir une grossesse, ni les Traitements pour dysfonctionnement sexuel (sauf lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre d'un Traitement contre l'infertilité).

Massages spa et bien-être

L'Assureur ne couvre pas les séjours ou les Traitements dans un centre de cure, un sanatorium, un spa, une station thermale ou un centre de convalescence, même s'ils sont prescrits par un Médecin. Cette exclusion s'applique également aux bains thermaux, aux saunas et aux divers massages bien-être.

Gestation pour autrui

L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux Traitements directement associés à la gestation pour autrui, que la Personne Assurée agisse en tant que mère porteuse ou en tant que parent d'intention. Les enfants nés d'une mère porteuse ne sont pas couverts par la Police d'Assurance.

Interruption de grossesse

L'Assureur couvre l'interruption de grossesse en cas de danger mortel pour la femme enceinte ou si le fœtus n'est pas viable, à condition que le Plan choisi inclue le remboursement des Prestations de maternité. Cette couverture est soumise à l'accord écrit préalable de l'Assureur. Les conditions spécifiées doivent être

justifiées par les rapports d'examen médicaux requis, ainsi que par un rapport médical du Médecin exposant les raisons de l'interruption de grossesse.

Traitement En Sanatorium, maison de convalescence et maison de repos

L'Assureur ne couvre pas les thérapies et les Traitements dans les sanatoriums, les maisons de convalescence et les maisons de repos médicalisées.

Toutefois, en fonction du niveau de Plan choisi, l'Assureur peut rembourser partiellement les frais de suite de rééducation.

Frais de transport

Les frais de transport, autres que les services d'ambulance d'Urgence, ne sont pas remboursés, sauf si l'Assureur donne expressément son accord écrit préalable.

Traitements administrés par certains Médecins, Dentistes et autres Thérapeutes, ainsi que dans certains hôpitaux.

La Police d'Assurance ne couvre pas les Traitements administrés par des Médecins, Dentistes et autres Thérapeutes, ainsi que les services hospitaliers dont l'Assureur a refusé de régler les factures pour des raisons valables.

Néanmoins, cette exonération de l'obligation de fournir des Prestations s'applique uniquement aux événements assurés survenant après la notification de l'exclusion de Prestations à la Personne Assurée. Si un événement assuré s'est déjà produit au moment de la notification, l'exonération de Prestations de l'Assureur ne concernera que les frais engagés plus de 1 (un) mois après réception de la notification.

Traitement par le conjoint ou partenaire, les parents ou les enfants

L'Assureur ne rembourse pas les frais lorsque la Personne Assurée reçoit un Traitement de son conjoint, partenaire, ses parents ou enfants.

Toutefois, le coût documenté du matériel nécessaire au Traitement, conformément au régime, reste éligible au remboursement.

Actes illégaux et comportements dangereux

L'Assureur ne couvre aucune Maladie, aucun Accident ni aucune conséquence résultant d'actes illégaux.

Cette exclusion comprend notamment :

- les activités entreprises en violation des avertissements ou interdictions explicites émis par des professionnels de la santé, les autorités de santé publique ou les forces de l'ordre,
- les conséquences de l'ivresse et/ou de l'intoxication,
- Les troubles et les mesures prises pour les combattre, sauf si le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée prouve que la Personne Assurée n'y a pas participé activement,
- Les querelles et/ou disputes violentes, sauf en cas de légitime défense (un rapport des autorités servant de preuve),
- Les paris et/ou défis.

Vitamines et minéraux

L'Assureur ne rembourse pas les frais liés aux produits classés comme vitamines ou minéraux, sauf lorsqu'ils sont Médicalement Nécessaires pendant la grossesse ou pour le Traitement de syndromes de carence en vitamines diagnostiqués et cliniquement avérés.

Cela s'applique également aux Compléments Alimentaires, y compris les préparations spéciales infantiles et les produits cosmétiques, même lorsqu'ils sont médicalement recommandés, prescrits ou reconnus pour leurs effets thérapeutiques.

Les produits tels que les nutriments, les toniques, les eaux minérales, les cosmétiques, les produits d'hygiène et de soins corporels, ainsi que les additifs pour le bain ne sont pas considérés comme Médicalement Nécessaires, et les frais engagés pour leur achat ne seront pas remboursés.

War, civil unrest, acts of terrorism

La Police d'Assurance ne couvre pas les Maladies, les Accidents et leurs conséquences, ainsi que les décès imputables à des actes de guerre, des troubles civils ou des actes de terrorisme, sauf si la Personne Assurée est blessée en tant que tiers non impliqué, n'ayant pas délibérément ou par négligence, ignoré le

danger et n'ayant pas délibérément pénétré dans la zone de conflit.

La couverture d'assurance n'est en aucun cas accordée si la Personne Assurée pénètre dans une zone de guerre directe ou fournit des services à l'une des parties belligérantes. L'exclusion des Prestations s'applique indépendamment du fait qu'une guerre ait été déclarée ou non. Si la Personne Assurée apprend l'existence d'une guerre, de troubles civils ou d'actes terroristes alors qu'elle se trouve dans le pays, la Police d'Assurance ne couvre que les soins d'Urgence et vitaux, et ce uniquement tant que la Personne Assurée est empêchée de quitter le pays ou la région concerné(e), sans que cette couverture puisse excéder une durée maximale de 28 (vingt-huit) jours.

Autres limitations au paiement des Prestations

Si le Traitement ou toute autre mesure convenue dépasse ce qui est Médicalement Nécessaire ou si le montant réclamé dépasse les limites habituelles, coutumières et raisonnables, l'Assureur se réserve le droit de réduire le remboursement. La Personne Assurée sera responsable de tous les frais qui ne correspondent pas aux normes habituelles, coutumières et raisonnables, dans la mesure où l'Assureur ne couvre pas les montants dépassant ce seuil. L'Assureur se réserve le droit d'évaluer tout coût ou estimation avec l'aide de professionnels de la santé afin de déterminer sa conformité avec les normes habituelles, coutumières et raisonnables.

Si la Personne Assurée peut prétendre à des Prestations d'une caisse d'assurance Maladie légale ou de tout autre prestataire, l'Assureur ne rembourse que les frais qui restent nécessaires après déduction de ces Prestations.

Les complications résultant de conditions exclues ne sont pas couvertes.

6. Glossaire

Acupuncture

L'Acupuncture est une méthode de la Médecine traditionnelle chinoise ancienne qui permet de guérir des Maladies et des Blessures Corporelles ou de réduire la douleur à l'aide de fines aiguilles placées dans le corps. La Médecine Conventionnelle la reconnaît principalement comme une méthode de soulagement de la douleur.

Affection Médicale

Toute Maladie, pathologie, blessure ou anomalie physique, mentale ou psychologique, ainsi que les grossesses.

Cancer

Terme général utilisé pour désigner tous les troubles malins causés par la multiplication incontrôlée de cellules mutées (nouvelles tumeurs ou excroissances). Ces cellules peuvent détruire les tissus environnants et produire des métastases (excroissances secondaires).

Chiropraxie Système de diagnostic et de Traitement fondé sur l'idée que le système nerveux coordonne toutes les fonctions du corps et que la Maladie résulte d'un dysfonctionnement du système nerveux. Un chiropracteur utilise la manipulation pour modifier les structures du corps, telles que la colonne vertébrale, afin de soulager la pression exercée sur les nerfs provenant de la moelle épinière causée par le déplacement d'une vertèbre.

Co-Paiement

Le Co-Paiement est la partie du coût d'un service médical couvert que la Personne Assurée doit payer, sous forme de pourcentage du montant total des Frais Éligibles pour chaque demande de remboursement, jusqu'au Plafond De Reste À Charge maximal de la Personne Assurée, le cas échéant. Le solde restant est pris en charge par l'Assureur, conformément aux Conditions Générales de la Police d'Assurance.

Compléments Alimentaires Et/Ou Diététiques

Produits utilisés pour renforcer l'apport nutritionnel de l'alimentation, notamment les vitamines, les minéraux, les plantes, les substituts alimentaires, produits de nutrition sportive, Compléments Alimentaires naturels.

Conditions Préexistantes

Les Conditions Préexistantes désignent toute Affection Médicale, Maladie, Blessure Corporelle ou leurs conséquences dont le Preneur d'Assurance

ou toute Personne Assurée avait connaissance ou pour lesquelles il avait reçu des conseils médicaux, un diagnostic ou un Traitement avant de signer le formulaire d'adhésion.

Cela comprend :

- i. Toute affection pour laquelle la Personne Assurée a subi des tests diagnostiques (incluant des dépistages préventifs ou des examens de santé de routine) ayant donné lieu à des résultats anormaux, qu'un diagnostic formel ait été posé ou non.
- ii. Tout signe ou symptôme, diagnostiqué ou non, ainsi que toute anomalie physique ou organique, anomalies Congénitales, handicaps ou malformations.
- iii. La présence de tout dispositif médical tel que des Implants, des stents, des prothèses ou tout autre dispositif fixés de manière permanente ou temporaire dans le corps.

De plus, toute Maladie, blessure ou Affection Médicale survenant entre la date de signature du formulaire d'adhésion et la date de signature des Conditions Particulières sera également considérée comme une affection préexistante.

Début du Traitement

Date à laquelle commence un Traitement médical prescrit et administré par une autorité médicale à la suite d'une Maladie ou d'une Blessure Corporelle.

Dentiste

Médecin ou Professionnel De Santé spécialisé dans les Maladies des dents et de la bouche.

Dialyse

La Dialyse est principalement utilisée pour remplacer artificiellement la fonction rénale perdue (thérapie de remplacement rénal) en raison d'une insuffisance rénale. La Dialyse peut être utilisée en cas de perte soudaine mais temporaire de la fonction rénale (insuffisance rénale aiguë) ou pour les personnes qui ont perdu définitivement leur fonction rénale (insuffisance rénale terminale). La Dialyse est effectuée dans des unités de Dialyse qui font partie d'hôpitaux et de cliniques ou à domicile.

Frais Éligibles

Les frais engagés pour les services de santé, Traitements et procédures Médicalement Nécessaires

couverts par les Conditions Générales de la présente Police d'Assurance. Ces frais comprennent généralement les frais d'hospitalisation, les consultations médicales, les tests diagnostiques, les interventions chirurgicales, les Médicaments prescrits et autres interventions médicales approuvées. Pour être éligibles, les services doivent être fournis par des professionnels de santé agréés ou des établissements médicaux accrédités, et doivent être conformes aux directives de couverture, aux exclusions et à tout Délai de Carence ou exigence de préautorisation applicables de la Police d'Assurance.

Franchise

La Franchise a pour effet que la Personne Assurée supporte une partie des coûts. La Franchise correspond à la part des frais à la charge de la Personne Assurée, jusqu'à une limite convenue. Si une Franchise a été choisie par la Personne Assurée lors de l'adhésion, celle-ci sera indiquée dans la Police d'Assurance.

Glossaire

Glossaire des termes définis, faisant partie intégrante des Conditions Particulières.

Homéopathie

Un homéopathe part du principe qu'une Maladie qui produit certains symptômes peut être guérie à l'aide de remèdes qui produisent des symptômes similaires chez les personnes en bonne santé.

Hydrothérapie

L'Hydrothérapie est un Traitement ciblé par application externe d'eau.

Imagerie Par Résonance Magnétique (IRM)

Technique diagnostique utilisant des ondes radio générées dans un champ magnétique puissant pour fournir des images des tissus et des organes du corps.

Implants

Implants dentaires (en métal ou en céramique) qui sont implantés en remplacement de la racine d'une dent ou dans la mâchoire édentée.

Indemnité Journalière Hospitalière Compensatoire

Si la Personne Assurée ne demande aucun remboursement à l'Assureur pour un Traitement hospitalier Médicalement Nécessaire couvert par la Police d'Assurance, l'Assureur verse à la place une

indemnité forfaitaire pour chaque jour effectivement passé à l'Hôpital dans le cadre du Traitement hospitalier recommandé par un Médecin. Cette indemnité est conforme au niveau de Plan choisi.

Maladies Congénitales

Toute Maladie, anomalie, malformation congénitale, naissance prématurée ou malformation présente à la naissance, incluant toute affection connexe, qu'elle ait été diagnostiquée ou non.

Médecine Conventionnelle

Forme de Médecine basée sur des méthodes scientifiques reconnues, enseignées dans les universités et donc généralement admises et pratiquées.

Médecine Palliative

La Médecine Palliative est le Traitement intensif et actif de patients dont l'espérance de vie est limitée et pour lesquels un Traitement curatif n'est plus possible compte tenu de leur état. Ce type de Traitement vise à offrir la meilleure qualité de vie possible pour le patient et sa famille.

Mesures Prophylactiques

Mesures préventives comprenant des mesures individuelles et générales visant à éviter le risque de Maladie (par exemple, vaccinations, immunisation passive, Médicaments préventifs lors de voyages en zone à risque, prévention des Accidents, etc.

Ostéopathie

Approche ostéopathique de la Médecine reposant sur un diagnostic manuel complet et un Traitement des dysfonctionnements du système musculosquelettique, des organes internes et du système nerveux. Elle est principalement utilisée dans le Traitement des douleurs chroniques de la colonne vertébrale et des articulations périphériques.

Pays De Départ

Dernier pays dans lequel la Personne Assurée avait sa résidence habituelle.

Pays d'Origine

Pays dont la Personne Assurée est citoyen ou ressortissant, dans lequel il a sa résidence habituelle/permanente ou dans lequel sa dépouille mortelle sera rapatriée s'il décède.

Période De Validité De La Police d'Assurance

La Période De Validité De La Police d'Assurance est la période pendant laquelle la couverture d'assurance est accordée en vertu de la Police d'Assurance, telle que choisie par le Preneur d'Assurance pour les Personnes Assurées dans le formulaire d'adhésion.

Plafond Annuel Global

Le montant maximal versé pour l'ensemble des Prestations pour chaque Personne Assurée, pour chaque Année d'Assurance.

Plafond De Reste À Charge

Le Plafond De Reste À Charge de la Personne Assurée est le montant cumulé maximal que la Personne Assurée doit payer sous forme de Co-Paiement pour les dépenses éligibles au cours d'une Année d'Assurance. Une fois ce seuil atteint, le solde restant est pris en charge par l'Assureur, sous réserve des Conditions Générales de la Police d'Assurance.

Plafond Maximal Pour Les Soins Ambulatoires

Montant maximal que l'Assureur rembourse pour l'ensemble des Prestations ambulatoires par Personne Assurée et par Année d'Assurance, conformément au Plan choisi et tel que défini dans l'étendue des Prestations.

Professionnel De Santé

Une personne qui, outre les Médecins, a également suivi une formation reconnue et approfondie dans son domaine de Traitement et qui est autorisée à exercer dans cette spécialité dans le pays où le Traitement doit être dispensé. Sont considérés comme Professionnels de Santé : les naturopathes, les orthophonistes et les sage-femmes, ainsi que les Professionnels de Santé indépendants exerçant dans des professions paramédicales agréées par l'État (par exemple, les massothérapeutes et les aides-soignants, les physiothérapeutes). Les Personnes Assurées sont libres de choisir un Professionnel De Santé qui répond à ces critères.

Rapatriement

Si un Traitement Médical Nécessaire couvert par la Police d'Assurance n'est pas disponible localement, l'Assureur prend en charge le retour de la Personne Assurée vers son Pays d'Origine pour y recevoir le Traitement, plutôt que vers le centre médical approprié le plus proche. Cela ne s'applique que lorsque le

Pays d'Origine est situé dans la Zone Géographique couverte par la Police d'Assurance.

Rééducation De Suivi (hospitalisation)

Traitement médical visant à rétablir l'état de santé initial après une Maladie ou une intervention chirurgicale grave, par exemple après un pontage coronarien, un infarctus du myocarde, une greffe ou une intervention chirurgicale touchant les os ou les articulations, ou après un Accident grave.

Second Avis Médical

Avis médical donné par un deuxième Médecin indépendant, non impliqué dans le Traitement initial. La Personne Assurée peut également consulter un deuxième Médecin par l'intermédiaire du Centre de Services compétent afin d'obtenir un second avis en cas de Maladies potentiellement mortelles ou d'incapacité permanente grave.

Soins De Jour

Les Soins De Jour désignent les Traitements reçus à l'Hôpital sans nuitée. La durée du séjour à l'Hôpital est comprise entre 8 (huit) et 24 (vingt-quatre) heures.

Sports Professionnels

Tout sport pour lequel la Personne Assurée est rémunérée.

Standards, Habituels Et Raisonables

Les frais Standards, Habituels Et Raisonables correspondent aux honoraires moyens facturés pour un service médical spécifique par des Professionnels de Santé agréés au sein d'une région géographique définie (par exemple, ville ou pays), sur la base des barèmes de frais accessibles au public ou des bases de données tenues à jour par les autorités sanitaires reconnues ou les références du secteur des assurances.

Thérapeute

Un Médecin, mais aussi toute personne ayant suivi une formation approfondie dans son domaine et étant titulaire d'une licence ou d'une autorisation pour dispenser des Traitements dans le pays où ceux-ci sont prodigués. Cela inclut les Professionnels de Santé de Médecine complémentaire, les orthophonistes, les sage-femmes et les infirmières obstétriciennes, ainsi que les membres des professions médicales auxiliaires agréées par l'État et exerçant à titre libéral, tels que les masseurs et les kinésithérapeutes. La Personne

Assurée peut choisir n'importe quel Thérapeute qui remplit ces conditions.

Tomodensitométrie (TDM)

La Tomodensitométrie (TDM) est une procédure diagnostique qui utilise un équipement radiographique spécial pour obtenir des images en coupe transversale du corps. L'ordinateur TDM affiche ces images sous forme d'images tridimensionnelles détaillées des organes, des os et d'autres tissus. Cette procédure est également appelée scanner, tomographie informatisée ou tomographie axiale informatisée (CAT).

Tomographie Par Émission De Positons (TEP)

Procédé d'imagerie non invasif basé sur la détection et l'imagerie d'une substance émettant des positons diffusés dans le corps du patient. La concentration de ces « marqueurs » dans une tumeur peut alors être quantifiée, la substance est injectée par voie intraveineuse et le rayonnement est effectué à l'aide de détecteurs externes. La TEP permet de visualiser des processus biologiques importants dans les tumeurs.

Traitement Ambulatoire

Tout Traitement dispensé par un Professionnel De Santé qualifié et agréé qui ne nécessite pas de nuitée à l'Hôpital (incluant les séjours à l'Hôpital de moins de 8 (huit) heures).

Traitement En Sanatorium

Cure ou Traitement différent d'un Traitement médical visant à rétablir l'état de santé ou la forme physique d'une personne.

Unité De Soins Palliatifs

Établissement dont le seul objectif est de prendre en charge des patients ayant une espérance de vie limitée et pour lesquels aucun Traitement curatif n'est plus disponible. Il vise à offrir la meilleure qualité de vie possible grâce à des Soins Palliatifs.

Zone Géographique

Les Zones Géographiques couvertes par la Police d'Assurance peuvent s'appliquer :

Zone Géographique I : le monde entier, y compris les États-Unis d'Amérique

Zone Géographique II : le monde entier à l'exclusion des États-Unis d'Amérique

Foyer Global Health S.A.**Siège social**

L-3372 Leudelange
12, rue Léon Laval
Luxembourg

Téléphone : +352 270 444 3500

E-mail : policy@globalhealth.insurance

Internet : <https://globalhealth.insurance>

Registre du commerce (R.C.S. Luxembourg) : B 134.471

TVA : LU22284578